UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II

ANNÉE 1973 N° 205

# Les contradictions de la médecine libérale sont-elles insurmontables ?

# Vers un nouveau mode d'exercice médical ?

**THÈSE**

pour le doctorat en médecine
soutenue publiquement le 10 Juillet 1973
par Monsieur **Daniel MEURIS**

**Jury :**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Président | ..... | Professeur | **Claude BÉRAUD** |
| Assesseurs | .... | Professeur | **R. CASTAING** |
| « | .... | Professeur | **MEUNIER** |
| « | .... | Professeur | **GARRIGUE** |

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549623_0031

A ma femme

Marie Claude,
je te dédie cette thèse.

Au professeur Denoix

Votre leçon inaugurale
a été pour moi
la révélation
des possibilités d'une réflexion critique
sur les structures sanitaires.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Au professeur Béraud.

Vous êtes un des rares
qui apprenne à comprendre
je n'en ai que plus apprécié
la totale liberté
que vous m'avez laissée dans mon travail
et la confiance
que vous m'avez ainsi témoignée.

Au professeur Castaing

La vieille amitié
que je vous porte
trouve sa confirmation
dans votre participation
à ce jury de thèse.

Au professeur Meunier

Est-ce
en ouvrant sa porte
que l'on s'ouvre l'esprit ?
Toujours est-il
que j'ai été très sensible
à votre disponibilité.

Au professeur Garrigue

Cettet hèse aura été
l'occasion
de nous connaître.

A mes professeurs.

Vous êtes vraiment
de grands maîtres :
Apprendre à comprendre
quelquefois,
apprendre à apprendre
souvent,
apprendre à réciter
toujours
Vous êtes décidément de
trop grands maîtres
pour moi.

Au docteur Carpentier
Je suis de tout coeur avec toi .

Remerciements
aux docteurs Gatineau Saillant et Chemelny,
car ils m'ont fait connaître
la médecine d'équipe.

J'exprime ma reconnaissance à ma mère
pour qui cette thèse marque
l'aboutissement
de longs efforts .

# LES CONTRADICTIONS DE LA MEDECINE LIBERALE SONT-ELLES INSURMONTABLES ?

## VERS UN NOUVEAU MODE D'EXERCICE MEDICAL ?

TABLE DES MATIERES

- Avant propos page 3
- Introduction 4
- Rappel introductif: contexte. 8

§ PREMIERE PARTIE. MOTIVATIONS POUR UNE MEDECINE D'EQUIPE. ANALYSE CRITIQUE DES STRUCTURES MEDICALES ACTUELLES. 10

- Evolution des structures médicales face au progrès technique..... 11
- Le patient face aux structures médicales. Problèmes relationnels..... 18
- Relations entre les différentes structures médicales : problèmes posés par la hiérarchie..... 26
- Problèmes hiérarchiques soulevés par l'internat de spécialité : prospective et interrogations..... 33
- Considérations sur la répartition géographique des médecins..... 36
- Relations entre les diverses structures médicales : problèmes économiques..... 38
- Médecine et lutte des classes : approche de la notion de droit à la santé..... 41
- Conclusion..... 45

§ DEUXIEME PARTIE. THEORIE DE LA MAISON MEDICALE. SUR QUELLES BASES ETABLIR LA MEDECINE D'EQUIPE ? 46

- Introduction à l'équipe médicale..... 47
- Médecine du profit ou médecine de qualité : paiement à l'acte ou paiement à la fonction médecine lente ou médecine rapide..... 49
- L'équipe médicale pluridisciplinaire : problèmes juridiques..... 51
- Nature de l'employeur..... 63
- Interlude : de la déontologie à l'éthique médicale..... 67
- Médecine d'équipe et éthique médicale..... 69
- Tiers payant, conventions collectives et médecine d'équipe..... 79
- Fonctionnement de l'équipe médicale..... 81
- Buts et moyens d'avenir de la médecine d'équipe..... 84
- Secteur de santé et prospective écologique..... 91
- Choix des structures..... 93
- Implications universitaires de la médecine d'équipe..... 94

§ TROISIEME PARTIE. EXPERIENCES PRATIQUES : EXEMPLES D'EQUIPES MEDICALES. 96

- Un exemple de médecine collective : "La Feuilleraie" à Marseille..... 97
- Une expérience de médecine sociale mutualiste : "La S.A.M.I.R." à Romans..... 109
- L'expérience de sectorisation du XIII ème arrondissement de Paris.... 115

.../...

§ QUATRIEME PARTIE. ANNEXES. 118

- Annexe nº 1 : répartition géographique des médecins en Gironde..... 119
- Annexe nº 2 : répartition géographique des spécialistes en Gironde..... 122
- Annexe nº 3 : santé publique et pouvoir d'état.....127
- Annexe nº 4 : droit à la santé et lutte des classes..... 139
- Annexe nº 5 : éthique et mythe, médecine et santé populaire..... 144
- Annexe nº 6 : éthique et mythe : électronique et médecine..... 152
- Annexe nº 7 : Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale : extraits des circulaires nº 431 et 443..... 155
- Annexe nº 8 : contrat de travail des médecins à temps plein. Union Départementale Mutualiste des Travailleurs des Bouches du Rhône..... 164

CONCLUSION..... 176

BIBLIOGRAPHIE..... 181

## AVANT PROPOS

Je m'opposerai toujours
à la "chosification" des individus.
Puissent les Pinochios de la société
prendre enfin forme humaine....
....se libérer ?

L'individu isolé
est une abstraction
et toute existence
est fondamentalement
coexistentielle.
(Hesnard)

INTRODUCTION

Dans le secteur agricole,
comme, au reste, dans tous les secteurs,
l'association est aujourd'hui
de nécessité vitale...
... De nos jours, une voix isolée
n'a quasi jamais le moyen
de se faire entendre,
moins encore de se faire écouter.
(Jean XXIII
Mater et Magistra.)

Parler de médecine d'équipe semble bien facile. Chacun en connait l'existence : la télévision s'est chargée d'en divulguer des exemples. Malheureusement, l'essentiel reste soigneusement caché. La confusion persiste à régner au sein du grand public.

"Connaissez vous la médecine d'équipe ?"
Invariablement, on vous répond que c'est certainement la médecine de l'avenir, et, pour bien montrer qu'on est au courant, on vous précise que les quatre généralistes du chef-lieu de canton se sont groupés !

C'est bien la première distinction qu'il faut faire. Le groupement, combat d'arrière garde plein d'illusions du secteur libéral de la médecine, n'a rien à voir avec la notion d'équipe médicale, obligatoirement pluri-disciplinaire, dont on va essayer de dégager les principes. Il convient, en effet, de distinguer clairement:

- la médecine libérale avec ses omnipraticiens, dont on peut se demander comment ils osent encore prétendre être les hommes de la pratique de tout...
- les groupements libéraux d'omnipraticiens comportant x membres et signifiant qu'ils représentent un omnipraticien multiplié par x. Ces groupements, au sein desquels subsistent la concurrence et le profit, n'apportent rien au malade, apportent un peu de confort aux médecins en diminuant leurs frais et en augmentant un peu leurs pèriodes de calme et de repos. Ce sont aussi les groupements au sein desquels des

différents éclatent tôt ou tard et qui disparaissent très fréquemment dans les 5 ans qui suivent leur constitution. Ils ne survivent guère plus longtemps que les malades atteints d'un cancer.

- les groupements d'omnipraticiens où les honoraires sont partagés, menant à la formation de ce qu'on appelle la "masse commune". La concurrence disparait parmi les médecins du groupe, qui est ainsi plus solide et plus durable. Par le fait, une collaboration plus étroite et plus franche peut s'établir entre les membres du groupe.Les malades en profitent un peu.
- la médecine d'équipe, dont on dégagera les impératifs de fonctionnement, réunissant dans la même entreprise des généralistes et des spécialistes et, éventuellement, des dentistes, des kinésithérapeutes... et des éléments para-médicaux.

Certes, chacun sent confusément la nécessité d'avenir de la médecine d'équipe. Si l'on en doute, il suffit de tendre l'oreille au cours des conversations qui animent les réunions de tout genre. Certaines expressions reviennent souvent:

"le malade ballotté d'un spécialiste à l'autre..."

"les médecins qui gagnent quand même vraiment bien leur vie..."

"il a vu tous les spécialistes et continue à souffrir..." (sans en mourir, pourait-on souvent ajouter avec un humour noir. Qu'en penserait Balint ?)

On peut remarquer aussi le prestige du titre de spécialiste et, surtout, de psychiatre et de chirurgien. On apprécie toujours le dévouement du médecin de famille. Mais ce pauvre omnipraticien, que peut-il faire ? Alors que les spécialistes... "Ils sont vraiment compétents. Onze ans d'études... "Autant on peut admirer le spécialiste, autant on plaint l'omnipraticien : "c'est une vie de fou..."

On sent qu'il faut arriver à s'organiser, qu'il faut s'organiser pour que les médecins puissent "vivre" et, en même temps, dispenser une médecine de "qualité". L'équipe médicale permettrait de concilier ces deux postulats tout en adaptant la médecine au progrès médical et aux impératifs de la vie moderne. On ne va pas plus loin . On est certain que cela se fera un jour. Pourquoi pas tout de suite ?

Au cours de cette étude, on tentera de dégager les difficultés qui font entrave à la médecine d'équipe et, en premier lieu, les difficultés inhérentes à l'idéologie dominante, au conditionnement et à l'aliénation qu'elle a réussi à intégrer dans la vie intime des médecins. On essaiera aussi de situer la médecine libérale dans un contexte médical plus large. C'est pourquoi on parlera des hôpitaux plus longuement qu'on ne l'aurait désiré . Mais, au cours de ce travail, il est apparu que la critique de la médecine libérale prendrait un relief intéressant si on menait une étude critique comparative et parallèle des autres structures médicales.

On parlera de nombreux aspects sans en approfondir aucun totalement. En effet, les problèmes soulevés par la notion de droit à la santé, de hiérarchie médicale, de relations malades-structures médicales, d'éthique médicale, de géographie et de démographie médicale... etc... pourraient chacun être l'objet d'au moins une thèse de médecine. Ce sera l'aspect décevant de cette étude.

Par contre, on a choisi d'effectuer un travail de synthèse. Et les difficultés rencontrées ont prouvé que ce travail était utile, ne serait-ce que parce qu'il est rarement effectué, ou par la prise de conscience qu'il entraîne de la difficulté à coordonner, juxtaposer, et faire correspondre les divers éléments d'un même problème. On n'aura pas la prétention d'envisager tous les problèmes posés par la médecine d'équipe. Simplement, à partir de quelques critères qui semblent déterminants, on a tenté de faire entrevoir la nécessité et les possibilités éventuelles d'un autre exercice médical, dans d'autres conditions, faute de pouvoir le définir précisément, puisque la médecine d'équipe n'existe qu'à l'état d'expèriences parcellaires et sectorielles dont chacune présente des caractères spécifiques par rapport à l'autre.

C'est ainsi qu'à la limite, on peut se demander si cette médecine d'équipe existe réellement, alors qu'elle n'a qu'un statut juridique "bâtard" et qu'elle n'est issue que des contradictions inconciliables du système en place. En effet, lorsqu'on étudie la somme de compromis, tolérances, "astuces" permettant de tourner la loi et les règlements, biais indispensables... etc... qui accompagnent l'installation de chaque maison médicale, on doit se poser le problème de savoir si la médecine d'équipe peut exister, alors qu'elle n'a pas droit de cité et que son avenir, d'ores et déjà, parait lourdement hypothéqué.

Lorsqu'on veut établir une maison médicale, on commence un puzzle. On ignore tout d'abord le temps qu'il faudra pour le terminer. On associe des pièces. Parfois, il faut forcer un peu. Ce n'est pas idéal, mais ça marche. On sait bien que, puisqu'il a fallu forcer le puzzle, on n'a pas trouvé la bonne pièce. On s'aperçoit vite aussi, malheureusement, que la bonne pièce est séquestrée en un lieu tabou et inaccessible. Lorsqu'on veut approfondir et analyser le phénomène de la médecine d'équipe, le problème est le même.

A plusieurs reprises, on doit choisir :

- soit laisser un blanc,
- soit mettre une pièce qui ne s'ajuste que très imparfaitement.

Cet aspect aussi est décevant, mais indispensable : connaître les limites d'un projet est aussi important que d'en connaître les possibilités.

Enfin, on doit situer l'esprit de cette étude que l'on a voulu placer dans les principes du matérialisme historique.

Cette insatisfaction (...)
signifie que les Français,
comme d'ailleurs bien des Européens
ne vivent pas dans l'avenir.
Ils ne sont pas à l'intèrieur d'un projet.
Ils survivent dans l'instant:
le caractère dominant de notre société,
c'est l'incertitude.
On subit son existence,
on ne la maîtrise pas.
Cela est vrai de tous.

(Jean Daniel
Nouvel Observateur du I6/IO/72 : éditorial.)

RAPPEL INTRODUCTIF : CONTEXTE.

Cette étude ne saurait être compréhensible si l'on ne situait pas très brièvement les structures médicales dans le contexte idéologique, social et économique.

CONTEXTE IDEOLOGIQUE

La révolution française, balayant l'ordre dépassé de l'aristocratie [°] a établi solidement et durablement les lois et l'idéologie de la bourgeoisie. En ce qui concerne la médecine, on en retient immédiatement les grands principes qui gèrent depuis la société et définissent parfaitement l'idéologie du corps médical : libéralisme, concurrence, profit (paiement à l'acte, paiement direct) et sur lesquels on reviendra à plusieurs reprises.

CONTEXTE SOCIAL

Les effets de cette prise de pouvoir par la bourgeoisie se manifestèrent au XIX ème siècle, par la révolution industrielle et l'essor économique qui s'ensuivit. Parallèlement, un prolétariat économiquement faible s'est développé. Dès cette époque, on pouvait constater la faible concentration médicale du prolétariat : inéxistante pour ainsi dire.[°°] Par contre, le médecin s'installait volontiers dans les quartiers riches. Maintenant encore, on remarque ce phénomène, à un degré très atténué il est vrai. En France, la concentration médicale entre les zones pauvres et les zones riches varie du simple au quadruple.[°°°] Quant à la consommation médicale, selon les milieux, elle varie dans des proportions identiques, avec de graves conséquences sur la mortalité et la morbidité.[°°°°]

Cependant, la misère du prolétariat l'a amené à s'organiser pour sa défense, dans la lutte. Malgrè tout, il fallu attendre I936 pour que des droits globaux de santé soient enfin reconnus aux travailleurs, et l'après guerre pour l'insti-

° Voir aussi plus loin, le chapitre: approche de la notion de droit à la santé.
°° Voir annexe n° 3.
°°° Voir annexe n° I & n° 2.
°°°° Voir annexe n° 3.

tution de la sécurité sociale. Quant au droit à la santé, il faut attendre I958 pour qu'il y soit fait référence dans l'article I3 du préambule de la constitution.

CONTEXTE ECONOMIQUE

L'accroissement des moyens de production et de la productivité a entraîné un enrichissement considérable, qui a pu s'étendre au prolétariat grâce à l'exploitation des colonies et, actuellement, grâce au néocolonialisme (l'impérialisme de Lénine). Avec la richesse, la médicalisation des pays industrialisés devenait possible : le prix d'un ouvrier devient tel, de par sa spécialisation et sa formation, qu'il devient admissible de le soigner pour le réinsérer dans le circuit de production.° A leur tour, les travailleurs ont accédé à la consommation médicale, en s'appuyant sur leur organisme qu'ils financent : la sécurité sociale. Malheureusement, les pays du tiers monde n'en ont guère profité. °°

Au cours de ces transformations, les structures médicales n'ont pas évolué harmonieusement, et le libéralisme reste prédominant partout. La sécurité sociale, devenue un organe de gestion de l'état bourgeois, n'a fait que renforcer ce phénomène, en assurant le paiement des actes. °°°

° Voir annexe n° 3, et le chapitre : approche de la notion de droit à la santé.
°° Tandis que la lutte des classes apparait de plus en plus comme la lutte des peuples pauvres contre les peuples riches, on retrouve, sur le plan de la consommation médicale, entre pays riches et pays pauvres, la même situation qu'au XIXème siècle, entre quartiers riches et quartiers pauvres.
°°° Voir chapitre : médecine d'équipe, tiers payant et conventions collectives.

# PREMIERE PARTIE

## MOTIVATIONS POUR UNE MEDECINE D'EQUIPE.

### ANALYSE CRITIQUE DES STRUCTURES MEDICALES ACTUELLES.

EVOLUTION DES STRUCTURES MEDICALES FACE AU PROGRES TECHNIQUE.

Les divers secteurs de la médecine en ont très diversement profité.

I°/ L'hopital est le grand gagnant dans la concurrence au progrès technique. Structure adsorbée aux détenteurs du "savoir", de l'enseignement et de la recherche, structure des soins de masse, non individualisée, structure disposant des plus grandes capacités d'investissement, c'est l'hopital qui a le plus profité du progrès technique. Ceci est logique puisque son fonctionnement n'est que partiellement basé sur la rentabilité... en apparence. Mais rentable quand même, car les découvertes qui y sont réalisées peuvent ensuite être exploitées par les entreprises médicales privées, aux moindres frais.

Car c'est seulement lorsque l'hopital a pris des frais considérables à sa charge, que les autres structures médicales exploitent le progrès technique. Quels frais ? En voici des exemples, et non des moindres semble-t-il :

- paiement des chercheurs et de leur équipe ; (la recherche est de plus en plus le fait d'un travail d'équipe.)
- investissements technologiques ;
- puis mise au point des premiers appareils avec, après chaque réajustement par tatonnement (la médecine n'est pas encore considérée comme une science exacte),
- réalisation de prototypes successifs : TRES COUTEUX ;
- et expérimentation successives sur l'animal avant l'homme : TRES COUTEUSES;
- mise au point définitive et publications diverses ;
- exploitation des brevets et découvertes par des fabriques privées ;
- création d'un premier circuit de vente auprès des hopitaux, qui sont les premiers acheteurs ;
- diffusion et vulgarisation des techniques nouvelles ainsi élaborées par les professeurs, qui sont aussi les médecins des hopitaux, et dont le temps passé en recherches et en enseignement n'est pas directement rentabilisable en soins auprès des malades des hopitaux.

Ce n'est qu'après que les secteur hospitalier ait pris ces dépenses à sa charge, que des chaînes de fabrication et de distribution plus étendues, plus vastes donc plus rentables peuvent être envisagées, permettant une commercialisation moins onéreuse, et que le secteur privé entre en jeu et s'équipe.

Et c'est ainsi que l'on peut constater que c'est le prix de journée incroyablement élevé de la médecine des pauvres (l'idéologie et l'inconfort traditionnels des hopitaux le veulent ainsi), qui assume partiellement une bien grande, bien agréable et bienvenue rentabilité du secteur privé, dont le prix de journée est souvent bien moindre.

Ces faits s'intègrent parfaitement dans la logique du système capitaliste, qui vise à exploiter les couches sociales défavorisées, à faire supporter au public les profits du privé. En contre-partie, c'est ce système qui garantit l'hégémonie des hopitaux sur la technicité et celle de la faculté sur le savoir médical.

2°/ Les cliniques privées.

Disposant, elles aussi, de capitaux importants, elles ont pu réaliser des investissements substantiels, qui les ont amenées à un niveau technique satisfaisant, mais moins que l'hopital. Là, les investissements sont tous basés sur la rentabilité. L'actionnariat est monnaie courante et les dividendes sont parfois très satisfaisants.

3°/ Les spécialistes en cabinet individuels.

Profitant d'une rémunération relativement élevée et de leur compétence, les spécialistes ont pu acquérir des moyens techniques relativement développés et modernes, par ailleurs indispensables à l'exercice de leur spécialité. Là encore, la rentabilité est nécessaire; l'isolement et la dispersion sont de règle et fixent très vite leur limite, ce qui fait qu'on voit apparaître des groupements unidisciplinaires de spécialistes.

4°/ Les omnipraticiens.

Ils restent, pour leur part, privés de moyens techniques satisfaisants. Bien plus, leurs connaissances ne répondent en rien à ce que l'on serait en droit d'espérer. Ajoutons y la quasi absence d'enseignement post-universitaire. D'emblée, l'omnipraticien est maintenu au plus bas étage de la hiérarchie médicale. Il reçoit une formation de base en milieu hospitalier, et, de plus, spécialisée, ce qui ne repose sur aucune des réalités quotidiennes auxquelles il sera le plus souvent confronté pendant son exercice. On note l'absence

d'enseignement de synthèse contrastant avec un enseignement scientifique s'évanouissant trop souvent dans l'échelon "moléculaire"°, et dont le médecin a rarement compris la finalité au sortir de ses études.

C'est trop souvent sur le tas que l'omnipraticien apprend son métier, parfois aux dépends du malade. Faute d'avoir reçu une formation adaptée à son cas, faute de pouvoir... ou de vouloir réaliser des investissements suffisants, et étant dominé par l'idéologie traditionnelle du libéralisme, l'omnipraticien en est réduit à vendre ses actes, à les multiplier, autrement dit à intensifier son circuit commercial, et, parfois, à diriger ses malades vers d'autres structures, perdant alors le bénéfice financier et la responsabilité professionnelle de soins qu'il aurait peut-être été désireux de dispenser. Sur le plan technique, l'omnipraticien est actuellement la structure décadente de la médecine. Alors qu'on exige des autres structures médicales une compétence sans cesse accrue, reposant sur un équipement de plus en plus important, l'omnipraticien, depuis 50 ans, n'a pratiquement conservé que le pachon et le sthétoscope, tandis qu'il a abandonné l'obstétrique, la radiologie, ... etc... et a acquis de solides revenus. L'omnipraticien, au sein de tout ce que peut représenter la possibilité et la réalisation souhaitable d'une médecine de qualité, représente vraiment l'amateur au sein des connaisseurs, le bricoleur face aux professionnels.

Comment en est-on arrivé à cette situation ? Pour l'expliquer, il faut s'en référer au contexte idéologique de l'acte médical.

L'acte médical sous-tend le paiement à l'acte, autrement dit, le travail à la pièce. Or l'idéologie veut que la richesse soit un des critères de la réussite, l'argent et la possession conférant l'estime, le respect et la considération. Puissance et argent sont synergiques, l'un potentialisant l'accession à l'autre. Enfin, le rêve, sinon le désir avoué de puissance est considéré comme faisant partie intégrante de la nature humaine.°°

Dans ces conditions, celui qui travaille à la pièce a tout intérêt à augmenter sa production, c'est à dire ses revenus, voie d'accès à la richesse,

° Celui du "pinaillage spécialisé".

°° Le droit à la propriété considéré comme un droit naturel, inaliénable, sacré et imprescriptible de l'homme. Voir annexe n° 4.

la puissance et la considération. Mais, dans le travail à la pièce, arrive un moment où la rapidité devient inconciliable avec le maintien de la qualité de la production. Cette règle, bien souvent vérifiée, se traduit dans l'expression populaire quotidienne: "tel objet ne vaut pas ce que l'on faisait autrefois".

La diminution de la qualité de l'objet fabriqué se situe, entre autre, au niveau de l'apport de la matière première, avec un aspect quantitatif et qualitatif : exemple dans l'industrie métallurgique:

- diminution de l'épaisseur des tôles (quantitatif),
- diminution de la qualité des aciers (qualitatif).

L'aspect qualitatif peut être triple:

- diminution absolue (exemple: diminution de la qualité de résistance à la traction d'un acier) ;
- diminution relative: la qualité reste identique, bien que le progrès technique aurait permis de l'améliorer.
- diminution relative que l'on nommera "de complaisance":
    - exemple dans l'automobile:
        - amélioration du rendement des moteurs contrastant avec la diminution de l'épaisseur des tôleries;
        - amélioration de la sécurité et du confort, mais diminution de la place des passagers;
    - exemple dans le batiment:
        - amélioration des normes d'insonorisation contrastant avec la petitesse des appartements;
        - amélioration des normes d'hygiène et de confort, mais invention des cités dortoirs,

  c'est à dire amélioration de ce qui répond à certains voeux immédiats du consommateur, de ce qui lui "complait" à priori, mais pas obligatoirement de ce qui pourrait répondre à son intérêt fondamental à long terme.

On voit mal pourquoi le médecin, marchand d'actes médicaux dans un système libéral, échapperait à ces règles. En effet:

I°/ Le médecin travaille à la pièce.

2°/ La qualité de l'acte tend à subir une diminution:

- diminution quantitative de l'apport de matière première: la

réussite passant par la multiplicité des actes constitue une sollicitation permanente à consacrer moins de temps à chaque patient;° elle mène aussi à la fatigue, facteur de l'abaissement de la qualité du travail accompli;

- diminution qualitative absolve rarement, les autres structures médicales s'étant développées pour pallier ce que l'omnipraticien a abandonné (obstétrique, radio, O.R.L. ....), sur le plan technique. Mais l'éloignement des structures de soins spécialisés est tel, dans certaines régions, que cette diminution qualitative absolue risque de s'avérer appréciable; d'ores et déjà, elle constitue une gêne pour les jeunes médecins, au cours de leurs remplacements en zone rurale;
- diminution qualitative relative, sur le plan du progrès technique, presque toujours. Quels médecins omnipraticiens se livrent à des actes d'usage courant comme la mesure de la T.A.C.R., ou la gravure d'un E.C.G. ? Pourtant, le progrès des connaissances médicales a montré combien ce type de recherche peut être bénéfique au malade, et devrait donc être fréquente.°°
- quant à la diminution qualitative de "complaisance" de l'acte médical, elle ne peut pas se prouver, bien que chacun en connaisse l'existence:
  - certificats médicaux,
  - arrêts de travail,
  - prescription de somnifères, d'antibiotiques,... etc...
  - et même appendicectomies,...

    ... DE COMPLAISANCE.

C'est pourquoi, le prix de revient de l'omnipraticien devenant prohibitif par rapport à la qualité des soins qu'il peut dispenser, et par rapport au rôle

° Voir aussi plus loin: médecine lente ou médecine rapide.

°° On peut en rapprocher le problème posé par la publicité mensongère des laboratoires pharmaceutiques: un vieux produit présenté sous une forme moderne et qualifié de molécule originale.

qu'il joue dans le corps médical, on envisage d'en faire un officier de santé moins rémunéré et presque irresponsable.

Mais irresponsable, l'omnipraticier ne l'est-il pas déjà ? Ne serait-ce que parce qu'il refuse systématiquement et obstinément de prendre conscience de ces quelques réalités, et d'effectuer des recherches d'organisation efficace pour son avenir ? Par contre, il aggrave son cas. La crainte d'une nationalisation, l'éventualité d'un salariat, ne le poussent pas à réfléchir sur la mutation nécessaire dont il devrait faire l'objet dans la civilisation moderne. Au contraire, il n'est plus guidé que par une idée, résultante de son idéologie, clef de tout son problème:

"tant que je pourrai profiter de ce système qui m'avantage, je le ferai; et ceci, afin d'en"mettre le maximum" de mon côté et d'avoir "gardé mes arrières", le jour où cette pratique me sera interdite.

L'omnipraticien actuel est asservi par son idéologie, le littéralisme, une des plus redoutables toxicomanies, dont le symptôme est la concurrence, la garantie le profit.

Pour en trouver des preuves ou, du moins, des soupçons, il faudrait se livrer à une étude statistique des dossiers de la sécurité sociale, portant sur la consommation médicale:

- évaluation du nombre d'actes effectués par chaque médecin;
- évaluation du nombre de malades traités par chaque médecin;
- évaluation comparative du coéfficient $\frac{\text{nombre d'actes}}{\text{nombre de malades}}$

Ceci permettrait de dégager une approche de la proportion des médecins qui se livrent à la multiplication systématique des actes médicaux. Mais ces dossiers sont gardés secrets. On doit donc se borner, faute de moyens, à des affirmations relativement gratuites:

- combien de visites hebdomadaires, et parfois même plus fréquentes, chez des malades chroniques, pour lesquels un traitement soigneusement mis au point ne nécessiterait plus que des vérifications mensuelles, voire plus espacées, et de rares réajustements ? (hypertendus, diabétiques, ramollissements cérébraux séniles, insuffisants respiratoires, asthmatiques, coronariens,... etc...)
- combien d'appendicectomies et autres opérations auxquelles le médecin assiste, sans assister personne (puisqu'il n'est pas chirurgien), mais

en encaissant quand même le prix de son assistance ?

- combien de luttes intestines, pour arracher quelques clients à un confrère malchanceux ou maladroit ? D'ailleurs, l'importance qu'accorde le code de déontologie à ces problèmes de concurrence n'est-il pas le reflet de leur importance ?°
- combien de malades visités matin et soir, car on ne parvient pas à poser un diagnostic, car on ne parvient pas à appliquer la thérapeutique efficace, tout cela aux dépends d'un malade qui souffre parfois, pour éviter le recours à un spécialiste et ne pas perdre le client ?
- et maintenant, combien d'actes médicaux facturés par des médecins...

... à des médecins ?

Et finalement qu'importe ?... puisque tous les malades sont assurés sociaux et n'ont pas à payer ? Pour garder un client, c'est à croire qu'on est prêt à n'importe quelle compromission !

Pour un malade, changer de structure de soins, c'est un peu changer de médecin et de médecine: il y a rupture, alors que le problème est bien d'assurer la continuité et la constance de soins de qualité valable.

Les problèmes idéologiques ainsi posés montrent combien l'intérêt fondamental de l'omnipraticien n'est pas d'investir dans la technicité. D'autant plus que le spécialiste est plus fortement rémunéré que l'omnipraticien pour un acte médical identique: le cardiologue perçoit plus que l'omnipraticien pour un enregistrement électrocardiographique.°°

"Le médecin, cet homme que l'honore plus mais que l'on paie", a-t-on pu lire dans la presse.

° Voir plus loin le chapitre: médecine d'équipe et déontologie.

°° Voir aussi plus loin au sujet des conséquences de la hiérarchisation de la médecine.

LE PATIENT FACE AUX STRUCTURES MIDICALES. PROBLEMES RELATIONNELS.

Pour aborder ce chapitre, il faut analyser la nature théorique de la relation médecin-malade. On prendra pour base l'article de G. Daumézon, paru dans le concours médical du 25/3/72, sous le titre: "Décor sociologique et juridique de la relation médecin-malade." On en citera d'abord de très larges extraits.

"Nature spécifique de la relation médecin-malade.

" On a proposé des classifications variées des rencontres. Toutefois, on " constate que, dans la plupart des relations, les hommes se rencontrent dans " un but de concurrence, d'affrontement. Chacun cherchant à tirer de l'autre " le plus large profit... la société organise, par ailleurs, des liens de " subordination mais dès lors que l'esclavage est aboli (...), chacun est " sujet en face de l'autre.

" La relation vendeur-acheteur, bailleur et loueur d'ouvrages, sont de bons " exemples.(...) chacun reste "pour soi", chacun est un sujet pour l'autre.

" A côté de ce "droit commun", les sociétés ont organisé un type très " spécial de relations, celui de client à membre de profession libérale. Le " "client" vient voir son avocat, son notaire, son médecin, son pédicure " pour lui demander de faire à sa place ce qu'il ferait s'il se trouvait dans " sa situation, possédant le savoir et le pouvoir technique qui caractérisent " sa profession.

" En d'autres termes, ici le client est seul sujet, l'autre doit se mouler " dans le personnage du client; toute entorse à cette règle est forfaiture, " viol de la règle du jeu et partant destruction de la relation spécifique.

"Premier corollaire: l'exigence de technicité.

" Tout l'édifice repose sur la réalité de la technique du maître de la pro- " fession libérale.(...) Il va de soi que le médecin doit posséder la techni- " que.(...) Comme il ne peut être omniscient, la plus élémentaire probité " oblige à signaler la limite du savoir.(...) Et il ne saurait exister d'équi- " voque sur la nature du savoir: il s'agit d'un savoir scientifique excluant " le "jugé", l'improvisation.(...) La rigueur de l'instrumentation, qu'elle " soit matérielle, physique ou intellectuelle, est le facteur essentiel de " la relation.

"Second corollaire : l'effacement de la personnalité du médecin.

" Le médecin n'a aucun rôle personnel à jouer - s'il agit, c'est à titre " de substitut du seul sujet, le patient. Même dans le cas où l'action n'est " évidemment pas celle du patient, on ne peut en dernière analyse que la " considérer comme action du patient s'il était en état de la réaliser. On " ne va voir le médecin que lorsqu'on"ne sait que faire", mais on entend " qu'il fasse ce qu'on ferait soi même.

" Le médecin doit fournir un service discret, en d'autres termes, imperson- " nel, où sa personne n'est pas impliquée. (...) Si le médecin est personnel- " lement impliqué dans la relation, l'acte médical est faussé. (...) Ainsi, " le médecin dans ses avis et déterminations se doit d'adopter, dans la mesu- " re où elles ne sont pas contraires à la spécificité de la demande, les " perspectives personnelles, idéologiques, religieuses, politiques de son " client.

"Troisième corollaire : obligation d'informer le patient.

" Il s'agit de la conséquence logique de l'obligation précédente : le " médecin n'agit qu'à la place du patient donc celui ci doit être exacte- " ment informé (...) Pour l'instant considérons l'obligation sociale absolue " le médecin ne peut agir qu'en se substituant à un patient informé.

" Mais cela postule que les informations fournies soient saisies dans leur " vérité pour le malade : l'usage d'un terme technique que le patient inter- " prête à faux, même si le terme était congruent, est une fausse information, " parfois même une indigne mystification.

" Le plus souvent, le malade questionne à propos du "diagnostic" ; il est " nécessaire de répondre afin de fournir au patient l'illusoire, l'imaginaire " réassurance de son mal... de sorte que cette réponse est une démarche " thérapeutique. (...) On ne dira pas la même chose à un confrère, à un homme " sans culture mais de bon niveau intellectuel, à un homme inquiet qui se " précipite sur le Larousse Médical...(...).

"Quelques expressions éclairantes.

" C'est abusivement que l'on parle d'ordonnances : le médecin n'ordonne " jamais. Au reste l'origine de l'expression éclaire la pratique ; au XVIIème " siècle, le médecin disait : "dans le cas Monsieur X..., la Faculté ordonne " de". C'est la Faculté qui ordonne, au médecin de conseiller(...). Le médecin

" n'est jamais qu'un conseiller ; s'il prétend imposer, il sort de son rôle
" commet un abus illégitime et détruit la relation authentique."

Comment le problème relationnel se pose-t-il dans les diverses structures médicales ?

I°/ L'hopital.

Il reste toujours très rejeté. Ce n'est qu'avec réticence que les malades y vont, que les familles y laissent partir leurs proches. Certaines raisons de cet état de fait semblent pouvoir être directement perçues.

D'abord le fait qu'un malade, c'est çà dire un homme, qui avant tout, se sent diminué, pénètre dans un système dont l'ampleur est écrasante. Ce n'est pas une individualité à part entière qui entre dans l'hopital, mais un cas parmi d'autres.

Ensuite, on peut constater que le malade des hopitaux n'est qu'un passant, à de rares exceptions près. D'autre part, les équipes soignantes se succèdent les unes aux autres. Les rencontres interpersonnelles et les liens psychoaffectifs sont épisodiques, conjoncturels, liés au hasard des roulements de personnel, des changements de lit (fonction des places disponibles)... L'hopital est finalement habité par des passants qui rendontrent des passants.

Ne parlons pas de l'accueil, puisqu'il n'y en a pas ! (sauf rare exception, qui a jamais vu une hotesse d'accueil dans nos hopitaux ?...)

Après "l'admission" du malade, c'est l'assaut de la hiérarchie, la répétition des interrogatoires : externe, interne, chef de clinique, assistant, parfois le"patron" s'il a le temps ou si le "cas" l'intéresse. C'est aussi l'humiliation presque publique du passage de la cours, imprêgnée de sa toute puissance, empreinte d'un protocole étouffant pour le malade. Ce sont les commentaires et explications sur le cas. L'angineux devient une angine, le fracturé devient une fracture, l'ulcéreux devient une péritonite, l'anxieux devient un fou.

L'INDIVIDU DEVIENT UNE CHOSE, D'UN INTERET VARIABLE.

Univers carcéral et asilaire, a-t-on pu dire des hopitaux psychiatriques. Certains aspects des hopitaux généraux semblent bien devoir entrer dans ce cadre : cadre concentrationnaire de la société moderne.

Premier aspect.

L'hopital est la structure qui répond le moins aux critères de la nature spécifique de la relation médecin-malade.

- Le "client" n'est pas seul sujet: le "patron" ne se moule pas dans la personnalité du malade, d'une part en raison d'un problème de prestige individuel conséquence de la hiérarchie, d'autre part à la suite de la spécialisation à outrance, faisant qu'on voit la maladie mais pas le malade.
- Sur le plan tecnique, l'hopital est parfaitement compétent. Il devrait donc satisfaire à l'exignece de technicité. Mais la spécialisation très poussée limite la technicité d'un service hospitalier au seul champ d'action de sa spécialité. Pour élargir ce champ d'action, on ne peut que faire passer les malades dans des services successifs. Mais on se heurte à un nouvel écueil: c'est ce que décrit Balint sous le nom de collusion de l'anonymat avec, pour conséquence, la dillution des responsabilités. Ce processus est antagoniste à l'établissement de la relation telle qu'elle est décrite plus haut.
- L'effacement de la personnalité du médecin peut sembler total, au premier abord, renforcé qu'il est par le phénomène de la collusion de l'anonymat; renforcé aussi par la forte hiérarchisation de la médecine hospitalière. Ainsi, dans l'acte thérapeutique, si la personnalité du médecin s'efface considérablement, (on ne sait pas exactement qui a ordonné le traitement, du patron, de l'assistant, du chef de clinique ou de l'interne) celle de la structure de soins la remplace et est écrasante. Ce n'est plus le médecin qui soigne, c'est le service hospitalier. La relation est encore dévoyée: le malade ne peut ni s'assimiler, ni être assimilé à la personnalité globale du service hospitalier ou de son équipe soignante constituée de multiples individualités, concurrentes qui plus est.
- L'hopital ne satisfait pas plus à l'obligation d'informer le patient. Le malade subit, et il faut insister sur le rapport de sujétion qu'implique ce terme, des examens à visée diagnostique (où expérimentale) se voit appliquer une thérapeutique, sans avoir reçu la moindre explication concernant:

- l'origine des actes dans la hiérarchie,
- le pourquoi et le comment des examens,
- le diagnostic le concernant,
- les buts de la thérapeutique !

Dans le cadre hospitalier, il est ironique de constater que la Faculté n'ordonne jamais aux médecins de conseiller. Les choses sont plus simples: ce sont des ordres qui circulent. Comment pourrait-il en être autrement dans une institution hiérarchisée ?

Le malade est entouré d'une atmosphère de secret médical propre à l'inquiéter et à assurer l'emprise du service sur cet individu isolé. Dans ce cadre, chacun assure sa supériorité sur lui, en portant pour lui un diagnostic ou un pronostic définitifs, en imitant l'assurance du patron, le secret médical permettant de pérenniser cet état de fait. D'un côté se trouvent ceux qui savent et soignent, de l'autre la matière première, le malade, et, entre les deux, ceux qui soignent sans savoir: le personnel soignant et le personnel de salle.

Une constatation s'impose: la spécificité de la relation médecin-malade décrite plus haut, est définie pour le secteur libéral de la médecine, alors que l'hopital appartient au secteur public. Dans ces conditions, il est tout à fait logique de vérifier que les critères qui devraient s'appliquer au secteur libéral ne peuvent pas s'appliquer au secteur public. Mais les conséquences en sont graves, surtout en ce qui concerne la disparition du colloque singulier que tout malade est en droit d'exiger de celui qui doit le soigner.

Deuxieme aspect.

L'hopital est en lui-même tout un monde coupé de la vie réelle par un mur de silence. Le malade des hopitaux est un transplanté auquel l'institution hospitalière confère un statut particulier. Coupé de sa famille, de sa résidence, de son travail, autrement dit, privé de son environnement habituel, le malade doit s'adapter à la discipline du service. Toute démarche personnelle, toute demande individuelle est trop souvent rejetée avec, à l'appui du refus, la fameuse argumentation: "s'il fallait un régime particulier pour chacun, notre travail serait impossible." Il faut convenir du bien fondé relatif de ce principe, mais aussi déplorer l'absolutisme auquel il parvient par sa systématisation, dans certains services qui sont peut être la majorité. Le système est concentra-

-tionnaire. Les malades sont des pions, soumis aux contraintes du règlement, à la bonne ou à la mauvaise humeur du personnel, au rythme de vie de l'institution qui n'est pas forcément le leur. (Le fameux réveil à 6 heures du matin; l'impossibilité de se reposer pendant la journée à cause d'un bruit incessant et justifié par les besoins du fonctionnement;...)

Enfin, les problèmes d'enseignement font de la visite du médecin chef de service une expérience souvent humiliante, presque toujours anxiogène. Si quelques illusions humanitaires étaient encore permises, elles s'effondrent infailliblement à l'instant où entre la horde menaçante du corps médical.

Bilan de ces critiques: Pour quoi et pour qui l'hopital est-il donc fait ?

Le progrès médical s'est attaché à étudier les maladies en fonction de leurs manifestations objectives, physiques, organiques, tangibles, afin de les analyser, les décrire, comprendre leur mécanisme et leur appliquer des thérapeutiques efficaces. Pour cela, il a fallu une technicité que seul l'hopital a acquise. Les médecins, artisans de cette démarche, se sont ainsi donné les moyens de soigner les maladies, y compris nombre de cas "difficiles". Ce n'est que depuis peu que l'on prend conscience que la maladie physique ne constitue qu'une partie de la pathologie du malade. Les problèmes psychiques commencent à avoir droit de cité dans un grand nombre d'esprits de médecins. Les problèmes sociaux sont encore à peine évoqués. La recherche thérapeutique considérable qui a été faite pour la maladie commence à peine à s'amorcer pour le malade.

Autrement dit, l'hopital est une structure de soins de pointe pour la maladie, mais pas pour le malade. On est encore loin de la médecine de l'homme total. A l'hopital, les malades peuvent sans doute guérir de leur maladie; mais guérissent-ils de leur mal, c'est à dire d'eux-mêmes ?°

° Comment survivre à l'hopital ? La réponse est peut être donnée dans le bulletin d'informations du 3ème Trimestre 1972 de la M.G.E.N., dans l'article intitulé: la relaxation de Schultz-Sapir à Sainte Feyre. On citera le passage suivant:

" Rétrospectivement, nous nous sommes repenchés sur le cas de certains
" opérés "stoïques", silencieux et coopérants dans certaines séries non rela-
" xées d'avant 1965. Ces opérés possédaient tous une certitude philosophique,
" politique ou affective, qui leur permettait de prendre la juste mesure de
" leur douleur."

2°/ Les cliniques.

Grande différence avec l'hopital: il s'agit généralement de clientelle à but lucratif. Si la clinique a mauvaise réputation, elle perd des clients. D'où certains aspects de confort qui n'ont pas toujours une motivation spécifiquement médicale. Il y a intérêt à adopter le principe selon lequel le client est roi. Par conséquent, le régime des malades a tendance à s'assouplir.

3°/ Les spécialistes.

Du point de vue du malade, ils représentent souvent une solution à des troubles anciens, n'ayant pas, jusqu'alors, trouvé leur explication. Dans certains cas, les spécialistes servent de conseillers qualifiés et transitoires à l'omnipraticien. Ils n'ont alors qu'une relation humaine conjoncturelle avec le malade, relation au second degré, en quelque sorte, surtout pour tout ce qui sort du cadre de leur spécialité.

Parfois, ils assument la poursuite du traitement et ont alors des relations tendant à se rapprocher de celles existant entre malade et omnipratien, mais certainement plus longues à s'établir.

4°/ L'omnipraticien.

Il constitue actuellement la seule structure personnalisée, qui partage le lieu et de nombreuses conditions de vie des malades qu'il est appelé à soigner. C'est l'homme qui est sur place, que l'on peut rencontrer dans la rue. C'est celui que l'on connait presque obligatoirement, que ce soit par contact interpersonnel direct ou indirect: on sait qu'il est "le médecin du coin". C'est celui dont on se parle, dans un village ou un quartier de ville, et dont on commente souvent le comportement, l'aspect, le caractère, l'efficacité, la confiance qu'il inspire ou qu'on lui porte...

Par ce simple phénomène d'insertion géographique au sein de la population, l'omnipraticien n'est pas un inconnu, et ceci dès la première visite.

L'omnipraticien est aussi le seul qu'on puisse venir trouver ou déranger n'importe quand et pour n'importe quoi.

Tout ceci en fait la structure la plus abordable du corps médical, donc la plus souvent rencontrée et individualisée, au sein d'une relation véritablement privilégiée: sur le plan relationnel, l'omnipraticien constitue le

"privilège du malade. C'est pourquoi on l'appel le plus souvent le médecin de famille, avec tout le sens sociologique que comporte le concept de la structure familiale.

De fait, tous les gens ont LEUR médecin de famille. Rares sont ceux qui, en plus, ont LEUR spécialiste... ou LEUR hopital.

La nature spécifique de la relation médecin-malade est plus ou moins respectée, en fonction de la personnalité de chaque médecin. Certains aspects de l'exercice omnipraticien s'opposent à l'établissement d'une telle relation :

- le patient n'est souvent que trop vaguement informé (souvent faute de temps).
- sur le plan technique, l'omnipraticien prend parfois des risques en dépassant ses possibilités, c'est à dire en dépassant les limites de son savoir. Il n'en est pas obligatoirement responsable car il est soumis aux lois du système : concurrence, compétitivité ;
- l'effacement de la personnalité du médecin est très variable. Il est à noter que l'esprit d'émulation des études et la tendance à s'assimiler aux professeurs (qui manifestent souvent une personnalité dominatrice aux yeux des étudiants), ne constituent pas un bon apprentissage à l'effacement de la personnalité. Mais, le client est roi, l'omnipraticien est obligé de le respecter un minimum. D'où les actes de complaisance.
- enfin, le paiement direct et à l'acte institue une relation rappelant tr trop celle existant entre un vendeur et un acheteur, ou un bailleur et un loueur. Conséquence : la multiplication des actes, qui ne répond pas toujours à une demande des malades, ni à une nécessité médicale ; dans la relation, le médecin devient alors sujet, lui aussi, ce qui ne devrait pas se produire.

De toutes les structures médicales actuelles, l'imnipraticien reste néanmoins celui qui satisfait le mieux aux critères de la nature spécifique de la relation médecin-malade.

RELATIONS ENTRE LES DIFFERENTES STRUCTURES MEDICALES: PROBLEMES POSES PAR LA HIERARCHIE.

La civilisation contemporaine a établi des critères stricts, en vue de l'élaboration d'échelles de valeurs, servant à classer les hommes au sein d'un pouvoir hiérarchisé. Richesse et compétence technique constituent les principaux critères d'appréciation de la "valeur" d'un individu -concept abstrait s'il en est, à la réflexion-. Ce sont aussi les deux leviers de commande dont l'individu doit user pour accéder au plus haut rang dans la hiérarchie du pouvoir.

La civilisation étant essentiellement mécaniste, machinéiste, technique, ne tient que très peu compte d'autres critères éventuels, -mais faisant plutôt partie du patrimoine moral-, la faculté relationnelle d'un individu par exemple. La médecine n'est pas exempte de ce phénomène.

Ce ne sont pas les convictions qui forgent le médecin, mais le diplôme de docteur en médecine délivré par la Faculté. Ce ne sont pas des dispositions individuelles d'adaptation à la structure hospitalière qui forment les médecins des hopitaux, mais les concours hospitaliers.

La qualification technique est le critère de définition de la compétence d'un médecin, donc de sa valeur es qualité, et ceci semble admis par la majorité de l'opinion publique et des médecins. D'où une hiérarchie médicale assez complexe.

| C.H.U. | Hopitaux périphériques ou secondaires | Secteur non hospitalier |
|---|---|---|
| Doyen | | |
| Assesseurs | | |
| Pr. Agr. titulaire de chaire spécialiste | | |
| Pr. Agr. titulaire de chaire méd. générale | | |
| Pr. Agr. chef de service spéc. | | |
| Pr. Agr. chef de service M.G. | | |
| Pr. Agr. assistant spécialiste | | |
| Pr. Agr. assistant M.G. | Chef de service spécialiste | |
| Chef de clinique spécialiste | | |
| | Chef de service M.G. | |
| Chef de clinique M.G. | Assistant spécialiste | Spécialiste |
| | Assistant M.G. | |
| | | Omnipraticien |
| Interne | | |
| | Interne | |

Ce tableau ne vise pas à l'établissement d'un barême, mais simplement à fournir une idée approximative de la pyramide médicale. C'est ainsi que l'omnipraticien, empiriquement, occupe une place hiérarchique imprécise, entre le médecin assistant de médecine générale des hopitaux périphériques ou secondaires, et l'interne du C.H.U.. Encore faut-il savoir que certains internes "s'estiment plus que les omnipraticiens. Cette attitude, non généralisée, s'exp s'explique par le fait que l'interne, ayant été reçu à un concours particulièrement difficile, accède à la prise en main du levier de commande technique qui lui permettra de tgravir tous les échelons de la hiérarchie hospitalière, lui conférant LA COMPETENCE, tandis que les autres... n'ont pas été CAPABLES !

On assiste ainsi à la constitution d'une élite qui dse dégage peu à peu de la masse du corps médical et accède au pouvoir.

- pouvoir de l'enseignement
- pouvoir de la science
- pouvoir du prestige.

Un exemple précis illustrera ces faits : le récent débat télévisé sur la contraception, au cours duquel on a entendu l'opinion d'un gynécologue professeur aggrégé de Paris, mais pas celle d'un omnipraticien, de la Lozère par exemple. Tout se passe comme si l'opinion du professeur aggrégé était seule fiable. Mais :

I°/ Le problème de la contraception ne peut-il se poser qu'au niveau des hopitaux de Paris ?

2°/ Le gynécologue parisien connait-il les problèmes contraceptifs des paysans de la Lozère ? Peut-il proposer des solutions adaptées à leurs traditions, leurs tabous, leurs convictions?

3°/ Faut-il croire que l'opinion du généraliste de la Lozère ne présenterait aucun intérêt, aucune crédibilité, aucune VALEUR ?

4°/ L'élite de la hiérarchie hospitalière serait-elle omnicïente ? A ce titre, peut-elle être omniprésente ?

5°/ Pourquoi les débats publics concernant des problèmes aussi fondamentaux pour l'avenir de tous, ne font-ils pas appel à une confrontation plus ouverte, plus diversifiée ? Pourquoi sont-ils toujours confiés à la même oligarchie ?

Cet exemple n'est pas une exception mais une règle. Les vedettes des émissions médicales sont toujours des professeurs aggrégés ou des sommités

scientifiques. On peut même nommer quelques habitués : LEUJEUNE, LORTAT-JACOB, MONOD,... Il en va de même pour les articles de vulgarisation dans la presse. Ceci fait que la médecine française semble être l'apanage d'une dizaine de médecins !

Par ailleurs, il existe un long conditionnement au cours des 7 ans d'études médicales. Le cycle d'études s'accompagne, au cours de son déroulement, d'une hiérarchisation de la dignité de l'étudiant :

- première années : études théoriques sans stages. L'étudiant ne sait rien ne fait rien, n'est rien. °
  C'est le stade des éliminatoires.
- stade intermédiaire : stages. C'est le passage de l'apprenti devant le patron qui devient le modèle idéalisé, qui est aussi le représentant de l'idéologie dominante, - mais celà, on se garde bien de la dire. Par contre, ce qui s'affirme progressivement, c'est qu'il faudra se noyer dans le travail forcené si l'on veut être interne et "arriver à faire qu quelque chose". A ce stade, le stagiaire sait qu'il faut plaire au patron sous peine d'encourir rebuffades et humiliations. L'étudiant va dans les services hospitaliers pour apprendre son métier, mais aussi pour obéir. L'esprit critique trouve rarement sa place dans ce monde où le respect des anciens s'impose. "Critiquer, c'est commencer à désobéir." (Axiome de la Hiérarchie militaire.)

Rarement verbalisée, mais profondément ressentie par chacun, l'aliénation hiérarchique s'impose ainsi peu à peu et prend corps au troisième stade.

- troisième stade : quitte ou double.
  Qui n'est pas fier d'être reçu au concours de l'internat ?
  Qui ne sent pas en infériorité face à ces brillants élus ?
  Pour les uns ce sont les portes d'une belle carrière hospitalière qui s'ouvre. Pour les autres c'est une porte qui se ferme. Le monde médical de l'avenir se divise en deux au terme des études médicales : les poulains qui promettent, futurs détenteurs du pouvoir et du savoir médical, futurs enseignants aussi qui assureront la survie de ce système, et les autres...

---

° "Si ne suis-je pourtant le pire du troupeau ?"

qui sont infériorisés à jamais. Le projet de spécialité ne fera qu'aggraver cette situation, fermant aux autres leur dernière porte de promotion hiérarchique.

Durant toutes les études, l'aliénation hiérarchique n'est verbalisée que sous forme d'allusions, de sous-entendus ; il y aura ceux qui "continueront", qui feront quelque chose de bien, d'intéressant, de valable... (les qualificatifs varient selon les enseignants et les situations). Quant aux autres ?

Tout se passe comme si les autres s'arrêtaient, puisqu'ils ne continueront pas. L'académie (et l'académisme) condamne ceux qui quittent le cadre de son institution à s'arrêter, à ne pas progresser par eux-mêmes. Si l'académie disparaissait, le monde s'arrêterait-il ?

Le poids de cette hiérarchie retentit sur l'ensemble du corps médical et de son fonctionnement :

- correspondance réduite au minimum entre médecins de structures différentes,
- absence de rencontres : l'omnipraticien venant prendre des nouvelles de son malade hospitalisé est très souvent reçu par un chef de service trop pressé, entre deux portes ou devant la "cour" ; dans ce cadre, il est réassimilé de fait à un statut d'étudiant qui n'est pourtant plus le sien,
- c'est d'ailleurs le plus souvent l'interne qui reçoit le médecin de famille et non le chef de service : l'omnipraticien, plus ou moins méprisé par les détenteurs du savoir et de la haute technicité, n'a pas droit à la rencontre avec les responsables de ses malades hospitalisés,°
- échec de l'enseignement post-universitaire pour les mêmes raisons,

---

° Nouvel Observateur du 2/4/73 : à propos de l'opération portes ouvertes à l'hôpital : "En fin de journée, les internes proposent de recevoir, pour établir enfin des contacts trop souvent absents, leurs confrères médecins de ville".
Pourquoi les internes et pas les autres médecins des hopitaux ?

- quasi impossibilité de rapports d'égal à égal, ou, pour mieux dire, absence de la base indispensable à toute confrontation libre. °°

Dans le système des valeurs actuelles, une réalité justifie ce phénomène : la faible technicité des omnipraticiens. En contre partie, ces faits s'opposent à la continuité des soins, à leur harmonisation, et renforcent l'aspect concurrentiel de la médecine. Pourtant, la continuité des soins devrait être une des bases de l'efficacité thérapeutique et un des soucis immédiats du corps médical, condition indispensable à la mise en oeuvre d'une médecine dite "de l'homme total". (Médecine que l'on oppose volontiers à la médecine des organes.)

°° Extraits du livre de M. Balint: "Le médecin, son malade et la maladie".

Page 93: "Dans tous les cas de collusion de l'anonymat, si les deux médecins impliqués sont un spécialiste et un omnipraticien, d'autres facteurs interviennent également, qui rendent la situation encore plus difficile à manier. En gros, on peut appeler ces facteurs la survivance de la relation maître-élève. L'omnipraticien considère avec un respect ambivalent les spécialistes qui sont censés connaître mieux que lui certaines maladies, ce qui est d'ailleurs souvent le cas. Si les évènements ne confirment pas ce savoir, le praticien devient critique et mécontent, mais il ne peut prendre les mesures adéquates à cause de l'héritage de réputation que les spécialistes ont reçu de leurs maîtres et prédécesseurs à l'hôpital. Il est vrai que certains spécialistes tiennent beaucoup à préserver ce statut de professeur. ..."

Page 106: "... La collusion de l'anonymat est une des méthodes qui soulagent le poids des responsabilités. Un autre système d'importance égale, est celui de la survivance de la relation maître-élève. ..."

Pour conclure ce chapitre sur la hiérarchisation de la médecine, on supposera que les critères servant à l'établissement de l'échelle de valeurs sont modifiés, en plaçant au premier rang l'agrément relationnel d'un individu. La pyramide de la hiérarchie médicale risque de s'inverser totalement :

- l'omnipraticien arriverait probablement en tête,
- l'hôpital en dernier.

Il est remarquable de constater que, dans ce cas, ce ne serait plus les individus qui seraient hiérarchisés, mais les structures: la carence relationnelle et affective des hôpitaux ne pourrait en aucun cas être imputée au personnel d'un service hospitalier ou à certains de ses membres, mais à la structure hospitalière elle-même. C'est l'hôpital qui devrait alors se mettre à la page en effectuant une profonde mutation.

Ceci permet de prendre conscience du hiatus et des contradictions existant entre la valeur de l'individu, et celle de la structure à laquelle il est attaché, valeur variant du tout au tout en fonction du critère choisi pour son évaluation.

Cet état de fait s'est constitué peu à peu. Les découvertes médicales se sont accompagnées d'un développement technologique privilégié dans les hopitaux, comme on l'a vu précedemment. L'erreur qui a été commise, a été d'assimiler la valeur technique de la structure hospitalière aux médecins des hôpitaux. Le problème se pose ainsi au sein d'une dialectique:

- les hospitaliers sont-ils techniquement compétents uniquement par leurs facultés individuelles ?
- sont-ils techniquement compétents parce qu'ils ont à leur disposition un outil leur permettant d'appliquer une technicité ?

d'autre part:

- les omnipraticiens sont-ils techniquement incompétents par incapacité individuelle ?
- ne pourraient-ils pas devenir techniquement compétents s'ils avaient à leur disposition d'autres moyens que ceux dont ils disposent actuellement ?

enfin:

- l'hôpital devra-t-il rester à tout jamais la seule structure de la compétence technique ?
- est-il possible de doter les omnipraticiens de structures nouvelles leur

permettant de disposer des outils dons ils sont actuellement dénués ?

Le fait que certains médecins hospitaliers à temps partiel aient parfois recours à l'hospitalisation pour certains de leurs malades de clientèle privée constitue à la fois un aveu et une réponse aux questions précédentes. De même pour les consultations externes des hopitaux.

On a déjà fait allusion à la possibilité d'avoir recours à d'autres critères que la technicité. Or, cette démarche semble avoir été en partie réalisée par les psychiâtres, chez lesquels le critère primordial qui s'impose est la faculté relationnelle. (C'est d'ailleurs théoriquement pour s'assurer des possibilités des futurs psychiâtres sur le plan relationnel qu'une année probatoire a été maintenue au début des études de cette spécialité.) Il s'ensuit une très vive opposition entre les médecins psychiâtres et non psychiâtres avec un cotège de mépris réciproque et de dialogue de sourds. On voit même des psychiâtres refuser d'être des médecins, et, bien sûr, des médecins refuser toute démarche à caractère psychiâtrique. Il y a coexistence de deux médecines parallèles, s'ignorant et se méprisant mutuellement, ayant choisi des critères existentiels souvent considérés comme antinommiques par les intéressés: peut être cette attitude recouvre-t-elle l'opposition classique entre la machine et l'être humain ? Cette situation devrait cesser: médecine et psychiâtrie, loin d'être antinommiques, devraient être complémentaires, voire synergiques. Les travaux de Balint sont édifiants à cet égard.

CONCLUSION.

On voit qu'il existe une double hiérarchie médicale de sens et de nature opposés selon le critère choisi. On a vu certaines de ses conséquences. On peut en conclure qu'il est souhaitable d'homogénéiser, d'harmoniser les diverses branches du corps médical.

A priori, il faudrait donc opérer une double mutation parallèle des structures médicales:

- améliorer le niveau relationnel des hôpitaux,
- améliorer le niveau technique des omnipraticiens.

ceci dans le but de niveler la hiérarchie de la médecine.

PROBLEMES HIERARCHIQUES SOULEVES PAR L'INTERNAT DE SPECIALITE: PROSPECTIVE ET INTERROGATIONS.

Ce projet tend à sélectionner les ayants droit à continuer et ceux devant lesquels les portes se fermeront, en se basant sur les résultats obtenus aux examens de fin d'études médicales de certaines années. On peut remarquer immédiatement que ce critère de sélection ne laisse aucune place à la motivation professionnelle que l'on va analyser succinctement maintenant.

A la fin des études, un choix est théoriquement possible pour les étudiants, actuellement:

- continuer, soit par la voie de l'internat et des concours hospitaliers; soit par la spécialisation souhaitée par un nombre croissant d'étudiants, en dépit de la multiplication des difficultés, barrages, obligations, pressions effectuées par les enseignants pour les en dissuader. (Il est de plus en plus difficile de se spécialiser sans être interne, ce qui institue de fait un internat de spécialité officieux dans certaines branches médicales.)
- s'arrêter, soit par vocation véritable pour la médecine générale, soit par échec à l'internat ou impossibilité financière pour la spécialisation.

Ces choix reposent sur des motivations de nature diverse:

- motivation uniquement professionnelle ou vocation,
- motivations sociales plus ambigües, rarement exprimées: en effet, faisant partie d'un large contexte de fonctionnement social, elles constituent un système de pressions plus ressenti qu'analysé:
  - prestige des carrières hospitalières,
  - tarification plus élevée des actes spécialisés,
  - dans les deux cas, travail plus régulier, mieux rythmé, permettant en principe une vie personnelle plus épanouie.

Ces motivations sociales accordent d'un côté le prestige ou le revenu, et n'accordent ni l'un ni l'autre à ceux qui ne continueront pas. Autrement dit, indépendamment de toute vocation, le futur médecin doit choisir entre le bâton et la carotte. Donc, les critères de choix de l'avenir professionnel sont des critères non professionnels, pour une large part. Ceci est d'ailleurs vrai à tous

les niveaux de la société occidentale qui mélange insidieusement la promotion dite sociale (choisir entre le bâton et la carotte), et les motivations personnelles du choix professionnel, sous le vocable bizarre de "vocation" ! Comment distinguer, dans un tel système, la part de sélection et la part d'orientation ?

On constate que la médecine n'échappe pas à ces contradictions. Ainsi, les conséquences de l'internat de spécialité, tel qu'il est prévu, seront:

- renforcement du phénomène de sélection sur le critère bien souvent décrié (mais conservé) du bachottage aux examens, ou, si l'on préfère, des examens de bachottage;
- renforcement de l'aliénation au niveau des motivations;
- renforcement du phénomène oligarchique;
- renforcement de la hiérarchisation de la médecine et, en conséquence, de son aspect hétérogène et concurrentiel.

Pour clore ce chapitre, on insistera sur deux autres aspects, conséquences de ce qui précède, c'est à dire de la volonté d'une oligarchie à se survivre à elle même en tant que telle.

I°/ La tendance actuelle de l'internat de spécialité, visant à limiter le nombre des spécialistes, va à l'encontre de ce qu'exige notre notion du progrès: une spécialisation de plus en plus poussée d'une part, de plus en plus fréquente d'autre part, et que l'on observe dans tous les domaines: cette évolution semble inéluctable.

La solution au manque de généralistes dont souffre la médecine n'est pas dans la limitation du nombre des spécialistes par rapport au nombre des omnipraticiens (le nombre de ces derniers restant fixe) mais dans l'augmentation du nombre des généralistes par rapport à celui des spécialistes (celui-ci évoluant librement selon les besoins de la santé publique.)

Dans la première hypothèse, on arrivera vite à une sous-médicalisation et à une sous-qualification. Par contre, la deuxième hypothèse favoriserait le développement harmonieux de la médecine.

2°/ D'une part, on a un courant qui pousse à faire diminuer le nombre des spécialistes, par le biais de l'internat de spécialité. D'autre part, on vise à

faire de l'omnipraticien un officier de santé, sous-produit du médecin, ersatz de la fonction médicale.

Dans ce cadre, il deviendrait indispensable de créer un corps de super-médecins, de spécialistes de médecine générale, qui se situerait entre l'officier de santé et le spécialiste, institutionnalisant le phénomène de la notoriété sur une grande échelle. On renforcerait encore la hiérarchisation, mais cela ne permettrait sûrement pas de relever le niveau médical national et de limiter le coût des soins.

A moins que l'on envisage, en haut lieu, de placer les omnipraticiens dans les quartiers populaires, en réservant les spécialistes et les super-généralistes aux quartiers riches, l'hôpital pouvant pallier les défaillances des officiers de santé. Par ce moyen, on intègrerait la médecine au phénomène de classe qui se généralise actuellement dans la société française.°

Mais alors, jusqu'où irait-on ?

Peut-on envisager un secteur médical nationalisé pour les milieux déshérités (avec hôpital et officier de santé), voisinant avec un secteur libéral pour les milieux aisés (avec spécialistes, super-généralistes, et cliniques privées) ? Or, ce découpage sociologique de l'implantation médicale préexiste de fait, à l'état latent°°. Il ne manque qu'un décret ministériel pour l'institutionnaliser. Même, dans les régions minières, ce système est déjà presque mis en place.°°°

Les statistiques de consommation médicale confirment le phénomène géographique et social.

° Voir annexes n° 3 & 4.

°° Voir annexe n° 2.

°°° Voir annexe n° 3.

CONSIDERATIONS SUR LA REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES MEDECINS.

La répartition géographique des médecins recouvre la répartition du potentiel d'intervention médicale au sein des populations. Ce potentiel est très inégalement distribué entre les diverses zones d'activités économiques. On constate que certaines populations disposent de la médecine alors que d'autres doivent se déplacer pour y accéder. C'est là un premier obstacle à la généralisation du droit à la santé. D'autant plus que ces disparités loin de s'applanir, ont souvent tendance à s'accentuer. En Gironde, par exemple, il existe une discrimination entre la zone urbaine et la zone rurale. Cette différence est encore plus nette en Dordogne, où les médecins sont très concentrés dans quelques centres : Périgueux, Bergerac, Montron, Sarlat. Les autres centres d'urbanisation sont petits, de l'ordre de 5 000 habitants, dans lesquels 3 à 5 médecins drainent la clientèle de la population du secteur, très disséminée mais nombreuse par rapport au nombre des médecins disponibles. Il n'est pas rare que les malades se déplacent de I0 à I5 km pour consulter un médecin. Ce dernier, surchargé, est obligé de faire attendre ses malades dans son salon d'attente, souvent pendant plusieurs heures. ° Quant aux spécialistes, ils sont très loins.

Le corps médical a peu conscience de ce problème. Il ne s'aperçoit pas qu'en dernier ressort, c'est lui le responsable de la prise en charge de la santé de ces populations. De leur côté, les pouvoirs publics ne font rien pour proposer une solution. Pourtant, on ne peut pas rester indifférent à cette situation dont les conséquences sur la morbidité et même la mortalité sont lourdes. °°

Pourquoi les médecins s'installent-ils dans les grands centres urbains ? A priori parce que la vie y est plus agréable sur le plan du confort et des possibilités qu'elle offre : disposer de tout à peu de distance de son domicile (surtout en ce qui concerne les possibilités d'enseignement pour les

° Des habitants de villages isolés se plaignent de devoir consacrer une après midi entière ou une soirée pour obtenir une consultation.

°° Voir annexe n°3

enfants : écoles, lycées, facultés) ; potentiel de loisirs théoriquement plus élevé qu'en zone rurale. A côté de ces considérations prosaïques, l'esprit concurrentiel de la médecine intervient aussi. En zone rurale, les fiefs des médecins installés sont défendus pied à pied face au nouvel arrivant. Les habitants, réputés plus conservateurs, seraient plus fidèles qu'en ville. D'où une dissuasion de l'installation de nouveaux cabinets médicaux. En ville, on peut se noyer dans l'anonymat de la masse et du mouvement. Par contre, si l'on parvient à monter une grosse clientèle, à accèder à une certaine réputation, le succès n'en sera que plus éclatant.

Toujours est-il qu'une demande médicale n'est pas satisfaite dans certaines populations, alors que d'autres secteurs semblent pléthoriques. On tentera de proposer des solutions à cette disparité.

RELATIONS ENTRE LES DIVERSES STRUCTURES MEDICALES : PROBLEMES ECONOMIQUES.

On ne fera que rappeler certains aspects qui, maintenant sont des lieux communs : chacun sait que le cloisonnement des structures médicales mène, de par leur multiplicité et leur absence de coordination :

1º/ à la constitution de dossiers multiples concernant un même malade à un stade donné de sa maladie.

2º/ à la multiplication des actes médicaux ;

3º/ à la complexification des administrations de gestion de la santé publique.

Chacun sait aussi que mieux vaut prévenir que guérir. C'est vrai non seulement pour le confort des malades mais aussi pour les finances de la S.S. :

- exemple classique : un dépistage du cancer du col utérin au stade 0 + une opération menant à la guérison définitive, coûte infiniment moins cher qu'une constatation du cancer du col au stade II + une opération + des rechutes + des traitements de plus en plus intenses et ruineux...etc...
- exemple moins classique : un dépistage permettant de soigner les caries dentaires coûterait moins cher que la constatation d'une dégradation dentaire avancée + des arrachages de dents + la fabrication et la pose d'un bridge,... etc...
- sans parler du dépistage précoce des déséquilibres psychiques des enfants qui pose un problème d'avenir extrêmement lourd à la société : 1 527 000 enfants inadaptés en France en 1966. º

º L'expérience de psychiatrie de secteur du XIIIème arrondissement de Paris, dont un des buts est de résoudre le problème du dépistage précoce et de la prévention des maladies mentales n'a-t-elle pas amené la promulgation d'une loi de généralisation ?

Voir aussi :

- annexe nº 3 sur la rentabilisation des moyens médicaux
- annexe nº 6 sur la sectorisation en psychiatrie et plus loin, le chapitre : notion du secteur santé ;
- chapitre suivant : médecine et lutte des classes : approche de la notion de droit à la santé.

Bien que ces données soient connues, elles ne sont pas suivies des effets qu'elles devraient impliquer. L'absence de coordination, véritable parcellisation de la médecine, frappe surtout les structures dites sociales :

- dépistage et prévention avant tout ;
- dispensaire d'hygiène mentale :
- C.M.P.P., I.M.P. ;
- médecine du travail ;
- organismes d'éducation sanitaire ;
- planning familial ;
- centres de santé ;
- structures et oeuvres sociales mutualistes ;

... etc...

Ces structures dont la prolifération apparaît comme étant plus qualitative que quantitative, ne parviennent pas à trouver les moyens de leur efficacité.

La responsabilité des dépenses inutiles ressort aussi des incapacités de la structure libérale, dont l'insuffisance technique est bien souvent la cause d'hospitalisations fort coûteuses, pour bilan, par exemple. Des unités de soins moins massives mais mieux réparties que les hôpitaux pourraient pourtant résoudre à une large demande de ce type. Pour l'heure, l'orientation des malades obéit plus ou moins à la loi du tout ou rien :

- rien à domicile,
- tout dans les grandes structures.

L'hospitalisation à domicile et l'hôpital de jour en sont à leurs balbutiements, à leurs premiers pas. Bien qu'elles soient souvent évoquées comme une solution d'avenir, ces deux types de pratique médicale voient leur développement enrayé par l'exercice libéral, individuel, concurrentiel de la médecine. Ce blocage est d'ailleurs renforcé par la répartition géographique anarchique des médecins et par leur absence d'organisation. Cette répartition médicale, surtout en ce qui concerne les spécialistes ° entraîne des dépenses rarement intégrées dans le coût des soins ; l'obligation du déplacement entraînant une dépense de temps et d'argent, et qui est le plus souvent à la charge du malade. Un habitant de la zone rurale devra consacrer une journée entière (ou presque), pour l'obtention d'une consultation de spécialiste.

° Voir annexe n°2

Donc, toutes ces causes de dépenses inutiles possèdent un dénominateur commun : l'absence de coordination et d'organisation entre les différentes structures médicales d'une part, d'autre part au sein de chacune d'elles. Quant aux pouvoirs publics, ils ne préconisent aucune politique santé cohérente vis-à-vis des dépenses médicales, si ce n'est l'augmentation du ticket prétendu modérateur.

MEDECINE ET LUTTE DE CLASSES : APPROCHE DE LA NOTION DE DROIT A LA SANTE.

Droit et santé sont deux abstractions, deux concepts qui, tous deux sont en constante évolution. C'est pourquoi leur étude ne vise qu'à dégager l'approche de la notion que l'on peut avoir à travers un système dynamique tenant compte des évolutions économiques et idéologiques de la société moderne.

La définition du Littré littéraire montre que le droit se rapporte toujours à une structure ou à un système social :

- "ce qui est conforme à une règle :
- ce qui est exigible, ce qui est permis, dans une collectivité humaine".

Donc le droit est exclusivement une institution issue de la société des hommes, dans le but de garantir son organisation et son fonctionnement. Par ailleurs, l'histoire nous apprend que le droit revêt des aspects fondamentalement opposés, en fonction des conditions objectives définissant cette société à un moment donné: au droit féodal, charte sociale qui consacre l'inégalité des pouvoirs et des possibilités des hommes de classes différentes, succède sans transition la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de I789. A cette date, le rapport de force existant au sein de la société française a permis un bouleversement radical du droit et du pouvoir : au pouvoir féodal issu du droit divin, succède le droit civil établi et garanti par le pouvoir d'état :

" Les représentants du peuple Français, constitués en Assemblée Nationale...
"ont résolu d'exposer, dans une déclaration solennelle, les droits naturels,
"inaliénables et sacrés de l'homme...
"Art.I. les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits.
"Art.2. Le but de toute association politique est la conservation des droits
"naturels et imprescriptibles de l'homme. Ces droits sont la liberté, la
"propriété, la sureté et la résistance à l'oppression...
"Art.I2. La garantie des droits de l'homme et du citoyen nécessite une force
"publique.

Depuis, droit et pouvoir d'état sont intimement liés :

"...le peuple français... réaffirme solennellement les droits et les liber-
"tés de l'homme et du citoyen consacrés par la Déclaration des Droits de
"I789 et les principes fondamentaux reconnus par les lois de la République."
(Constitution de la République Française : préambule.I946.)

Et l'objet du droit subit ainsi des fluctuations conceptuelles et idéologiques en fonction des pressions exercées sur le pouvoir d'état par un rapport de forces:

" Nous sortons de la légalité pour rentrer dans le droit, affirmait le
"troisième Bonaparte." (Bernanos : Les grands cimetières sous la lune.)

On peut évaluer le chemin parcouru par le droit depuis LA FONTAINE ("Ce droit, vous le savez, c'est le droit du plus fort") jusqu'à Jean JAURES :

" Le premier des droits de l'homme c'est la liberté individuelle, la "liberté de propriété, la liberté de la pensée, la liberté du travail,"

On voit dans cet exemple, l'importance accordée au droit comme garant des libertés. Enfin MONTESQUIEU était un bien grand précurseur en faisant la synthès entre lois, droit et liberté :

" La liberté est le droit de faire tout ce que les lois permettent."
(L'Esprit des Lois XI.3)

Le mécanisme du droit se perçoit donc dans sa totalité, au sein de la civilisation contemporaine, de la manière suivante : de la présence de deux classes sociales dont les intérêts fondamentaux sont opposés et fondamentalement opposés, résultent des pressions idéologiques et sociales opposées, caractérisan la lutte des classes et menant à la constitution d'un pouvoir d'état, image sans cesse renouvelée du compromis tacitement consenti par les deux parties en présen ce, condition sine qua non de leur coexistence provisoire ; ce pouvoir établit les lois qui fixent les droits, ce dernier définissant les libertés.

Mais une composante subjective interviendrait, dans certaines conjonctur

" En demandant si le droit existe et ce qu'il est, on peut avoir deux ques "tions en vue :

" La première est celle de savoir si l'homme vivant dans une société "donnée est par là même soumis à une règle de conduite... cette règle de "conduite...(est) le droit objectif.

" ... l'homme depuis des siècles, sans écarter... le problème du droit "objectif, le met au second plan et veut résoudre avant tout le problème "insoluble ° du droit subjectif... : y-a-t-il certaines volontés qui ont... "une qualité propre qui leur donne le pouvoir de s'imposer comme telles à "d'autres volontés ? Si ce pouvoir existe, il est un droit subjectif."
(Duguit : Droit Constitutionnel)

Ce texte illustre parfaitement la perception juridique du phénomène de lutte des classes : le droit objectif est le droit établi par le pouvoir

° Voir plus loin pourquoi ce problème n'est insoluble que si on le considère statiquement. La dybamique sociale dément formellement cette assertion.

d'état, c'est à dire par la classe dirigeante qui détient le pouvoir. Par contre et en face, il existe effectivement des volontés désireuses d'établir un droit différent : ces volontés sont celles de la classe opprimée ; elles sont issues d'une idéologie opposée à celle de la classe dirigeante et cette dernière ne peut donc les percevoir que comme des revendications d'un droit subjectif, c'est à dire non fondé.

Bien que le préambule de la constitution fasse référence au droit à la santé pour tous, la notion de ce droit reste encore floue et sujette à bien des erreurs de jugement. Il faut restituer ce problème dans son contexte historique pour en saisir la dynamique.

" La longueur de la journée de travail est aussi limitée par des frontiè-
"res extrêmes, encore qu'élastiques. Sa dernière limite, c'est celle de la
"force physique de l'homme au travail. Si l'épuisement journalier de ses force
"vitales passe un certain degré, cette force ne pourra plus s'exercer à nou-
"veau jour après jour. Et des générations de mauvaise santé, à la vie courte,
"mais se succédant rapidement, approvisionnent le marché du travail avec
"autant de continuité qu'une série de générations vigoureuses, où l'on fait
"des vieux os."

(Karl MARX : Salaire, prix,profit)

Le choix est ainsi clairement posé. Mais, selon le camp social dans lequel on se place, les positions sont divergentes.

Pour la bourgeoisie, des générations en mauvaise santé mais se succédant rapidement approvisionneraient le marché du travail sans qu'il soit besoin de leur consacrer d'importantes dépenses de soins et de santé. Dans ce cadre, le seul impératif serait d'accomoder mortalité et démographie aux besoins de l'industrie. Cette conception est de loin la moins couteuse, donc la plus rentable pour l'économie nationale. C'est celle qui permet les meilleurs profits. C'est aussi la seule qui ait été envisagée par la classe dirigeante pendant le I9ème siècle. °

Cette position, fondement d'un droit jugé objectif par la classe dirigeante, ne tenait aucun compte du choix du prolétariat. En effet, le I9ème siècle a vu s'élaborer la critique du système capitaliste. Conséquence : le développement des syndicats ouvriers, des revendications et des luttes. Il fallait bien s'attendre à ce que les travailleurs choisissent la solution des générations vigoureuses où l'on fait de vieux os, pour alimenter le marché du travail.

° Voir annexe n°3

Les problèmes de soins et de santé ont ainsi été intégrés à la lutte des classes. Le XXème siècle a vu le développement d'affrontements souvent violents entre le prolétariat et la bourgeoisie dirigeante.
I936 a vu la reconnaissance de droits de santé :

- semaine de 40 heures,
- repos hebdomadaire,
- congés payés (2 semaines par an),
- assurance maladie,
- retraite vieillesse,

bref, l'ASSURANCE SOCIALE.

Devant la détermination inébranlable des travailleurs, la classe dirigeante avait été contrainte de reconnaître le bien-fondé de leurs revendications, faute de quoi elle aurait été amenée à la fermeture des usines et à la perte de ses profits. C'est avec regret et en prédisant l'effondrement inéluctable de l'économie que la bourgeoisie a consenti ces sacrifices.° La généralisation de la distribution de soins médicaux à tous et de frais de santé pour tous avait atteint son point de non retour : des droits qui naguère, étaient subjectifs, se voyaient objectivés par des lois sociales promulgées par le pouvoir d'état.

Depuis, le droit à la santé est resté une préoccupation permanente des travailleurs et de leurs organisations représentatives. Mais, toujours, les résultats obtenus ont découlé d'un rapport de forces.

I945 a vu l'institution de la SECURITE SOCIALE. A ce propos, il ne faut pas oublier l'importance des troupes populaires et armées dans les rangs de la résistance. La bourgeoisie aurait-elle pu reprendre la direction du pays, sans consentir des avantages sociaux qui étaient par ailleurs déjà acquis avant guerre?

Comment percevoir, actuellement, la notion de droit à la santé ?
On a vu que ce droit avait été objectivé. Mais son niveau d'objectivation dépend du rapport des forces en présence. Les réalisations de médecine et de santé sociale sont fonction des revendications ouvrières. Une diminution de la combattivité des travailleurs sur les problèmes de santé s'accompagne de la récupération parcellaire par la bourgeoisie, de certains des avantages consentis. °°

° Voir annexe n°4
°° Voir annexe n°3 (Ordonnaces de I967)

Quoi qu'il en soit, la santé est sans cesse l'objet de luttes se situant au sein de la dialectique suivante :

- d'un côté, des forces d'exploitation visent à rentabiliser la médecine afin d'en limiter le champ d'action dans un but de production économique et de profit maximum ;
- en face, des forces populaires refusent cette limitation de la conception de leur santé, en faisant l'apologie de la valeur morale du bien être et du confort de l'être humain.

On voit donc que, contrairement à ce que soutiennent certains, ce n'est pas dans un but de rentabilité économique que la médecine et la santé ont vu leur champ d'action étendu à toute une population. C'est pour pouvoir résoudre une crise aigüe dont l'issue était inéluctable que ces dépenses ont été consenties. Mais, dès lors que ces frais et charges ont été institutionnalisés, alors seulement, il devient vrai que la classe dirigeante fait tout pour les orienter dans le sens de la rentabilité, soit directement, soit indirectement :

- directement par des pressions diverses ; °
- indirectement par :
  - la qualification professionnelle sectorielle rentabilisant une main-d'oeuvre couteuse ;
  - la main-d'oeuvre immigrée ;
  - l'exploitation des pays du tiers monde et de leurs travailleurs.

Le deuxième aspect du droit à la santé concerne la notion de santé. Elle est actuellement en pleine évolution, dépassant très largement le cadre stricte de la maladie dans lequel elle a été longtemps confinée. La santé englobe maintenant tous les aspects de la vie °° et apparaît de plus en plus comme le moyen d'épanouissement de la personnalité humaine sous tous ses aspects physiques,

° Voir annexe n°3

°° "On ne peut pas revenir à la notion de maladie hors du cadre social. La maladie, dès qu'elle survient, est non seulement une atteinte des organes, mais encore une atteinte du cadre familial et de l'usine. Une atteinte pulmonaire, c'est un manque à gagner, une activité perdue, une famille désorganisée. Si le médecin ne tient pas compte de celà; il faillit à son rôle, il ne reste qu'un technicien de la machine de l'homme." (Ajurriaguera.)

psychiques, individuels, familiaux, sociaux. On sait d'ailleurs que tout déséquilibre de l'un de ces facteurs peut provoquer la somatisation des troubles au sein d'une maladie dite "psychosomatique".

La contradiction est nette entre des conceptions globales et synthétiques comme le droit à la santé ou la médecine de l'homme total, et des réalisations fractionnelles : multiplicité des structures de médecine sociale. Alors qu'il serait souhaitable d'envisager la santé de l'individu dans le cadre d'une éthique médico-psycho-familio-sociale aussi vaste que possible, on se livre, sur le plan des moyens de défense de la santé à un découpage en tranches de la vie.

De cette conception découle l'importance prise ces dernier temps par les grands thèmes de l'actualité dans les revendications :

- les cadences et les conditions de travail en général ;
- la durée de la journée de travail ;
- la durée des congés payés :
- l'age de la retraite ;
- les salaires (mensualisation, garantie de l'emploi) ;
- le confort des logements ;
- les problèmes de l'environnement et de la pollution ;
- la contraception et l'avortement, objets de luttes de pointe sur le plan du droit et de la santé ;
- et, bien sûr, l'égalité de tous devant la maladie et la défense de la sécurité sociale.

De près ou de loin, cet ensemble de faits concerne le corps médical dans sa totalité. Il faut qu'il soit conscient du rôle qui sera le sien, dans l'avenir, pour l'établissement du droit à la santé tel qu'on peut l'envisager maintenant. On ne peut que regretter que bien peu de médecins se sentent concernés par ces phénomènes. Une fois de plus, au lieu de prendre en main la voie d'une évolution qui semble inéluctable, à cause de son individualisme immobiliste, le corps médical risque de prendre le train en marche (et de faire le voyage dans le wagon de queue).

Actuellement, le droit à la santé, comme le droit à l'instruction, sont les deux principales revendications des travailleurs. Mais déjà, le docteur Chemelny attire l'attention sur le droit à la dignité, qu'il désire introduire dans la notion de santé.)°

° On en rapprochera le thème autogestionnaire de revendications qui prennent naissance actuellement.

CONCLUSION.

Au cours de la critique précédente, on a fait apparaître que certains aspects fondamentaux régissant le fonctionnement des diverses structures médicales, s'opposent au progrès de l'action sanitaire. C'est ainsi que le libéralisme, l'individualisme, la concurrence, le profit (avec le rôle capital du paiement à l'acte), et la hiérarchie s'avèrent être des fléaux de la médecine française, en empêchant son développement harmonieux au sein d'une société en pleine évolution, principalement sur le plan :

- de la qualité des soins, de leur continuité, de leur harmonisation, de leur répartition géographique et sociale ;
- de la coordination des diverses structures médico-sociales et de la réduction de certains gaspillages financiers.

Cette critique vise à dévoiler les causes et les mécanismes de l'immobilisme affectant l'efficacité du corps médical dans son ensemble, contrastant avec la notion de droit à la santé qui, elle, est dynamique, en constante évolution.

Afin d'intégrer dans une évolution parallèle et complémentaire la potentialité des structures sanitaires et la notion de droit à la santé, il s'avère nécessaire d'envisager des solutions ouvrant des nouvelles voies de développement au phénomène médical. Dans ce but, le premier impératif est de rémédier aussi radicalement que possible aux causes d'échec citées plus haut.

"Trop souvent, - et l'histoire se répète, hélas, - des évolutions inéluctables ne sont pas accompagnées de la mutation nécessaire de la part de ceux qui sont concernés."

(Pr. Pierre Denoix : Leçon inaugurale.)

# DEUXIEME PARTIE

## THEORIE DE LA MAISON MEDICALE.

## SUR QUELLES BASES ETABLIR LA MEDECINE D'EQUIPE ?

INTRODUCTION A L'EQUIPE MEDICALE.

Conscients des problèmes énoncés précédemment, des médecins ont cherché, depuis plus de 20 ans, des possibi lités d'adaptation des structures médicales au progrès des sciences modernes. Celà a donné la médecine d'équipe, la maison médicale, la notion de secteur de santé.

Chacun a conscience que la spécialisation mène à la parcellisation des tâches. Le progrès médical a entraîné une parcellisation du savoir et de la pratique médicale. Mais on ne peut parcelliser l'entité unique que constitue le malade sous tous ses aspects. Devant ce dilemne, on est amené à rechercher des structures permettant la synthèse des connaissances dans leur théorie et dans leur application pratique.

Pour être en mesure d'exercer une médecine de l'homme total(et non pas d'un organe ou d'une fonction isolée), dans le cadre du droit à la santé pour tous, il faut améliorer sans cesse la qualité de la médecine. L'omnipraticien, se heurtant à l'impossibilité absolue d'intégrer à sa pratique quotidienne la somme considérable des connaissances médicales nouvelles, est obligé de faire appel aux spécialistes.

Il s'agit donc de redéfinir les rôles.

C'est l'ensemble de l'équipe médicale pluridisciplinaire, c'est à dire comprenant généralistes et spécialistes, qui pourra apparaître comme un omnipraticien techniquement compétant. Dans cette équipe, l'omnipraticien d'autrefois devient un généraliste chargé :

1° des actes de médecine non spécialisée : c'est tout ce qu'il conservera de son ancien statut d'omnipraticien ;

2° de l'orientation des malades vers les différents spécialistes : c'est au généraliste qu'il appartiendra de porter l'indication d'un examen spécialisé ;

3° d'effectuer la synthèse des informations ainsi reçues ;

4° de garantir la continuité des soins et de la prise en charge du malade, avec l'accord de ce dernier, au besoin en recourant aux autres membres de l'équipe, grâce à une confrontation et une discussion sur le problème posé par le malade, et ceci pour toute la durée du traitement.

Ainsi se trouve éliminé l'écueil de la collusion de l'anonymat et la dilution des responsabilités, responsables de nombreux échecs thérapeutiques selon Balint. D'autre part, la qualité technique des soins est garantie par la qualification des spécialistes. Le seul barrage qui

pourra-t-il subsister dans une telle structure serait la survivance de la relation maître-élève, c'est à dire l'établissement d'une hiérarchie médicale au sein de l'équipe.

Il est donc apparu nécessaire, pour limiter cette hiérarchie au maximum, d'homogénéiser les membres de l'équipe et, en premier lieu, de supprimer radicalement le support sociologique de la hiérarchie : établir entre eux une rémunération égale. On considère alors que le rôle d'orientateur et d'homme de synthèse du généraliste est sa spécialité, faisant ainsi de la médecine générale une spécialité parmi les autres. °

Enfin, pour permettre le fonctionnement d'une telle équipe, un local d'exercice commun s'impose : la maison médicale. (dont le prolongement serait éventuellement le secteur de santé)

Pour remédier aux abus auxquels mène le paiement à l'acte et la médecine de profit qui en découle, la rémunération à la fonction des médecins devient une nécessité, en même temps que peuvent se manifester la volonté et la possibilité de réaliser des investissements technologiques substanciels.

Le nombre des difficultés de tout "ordre" survenant dans la mise en pratique de cette théorie, a limité qusqu'alors les expériences et les réalisations à quelques secteurs relativement marginaux.

° Voir plus loin : implications universitaires.

MEDECINE DU PROFIT OU MEDECINE DE QUALITE :

paiement à l'acte ou paiement à la fonction :

médecine lente ou médecine rapide.

Le paiement à l'acte constitue une sollicitation permanente à la multiplication des actes médicaux, donc à leur accélération : c'est sa caractéristique responsable d'une médecine rapide, d'une médecine de profit.

Une des premières conditions de la qualité de l'acte médical est de pouvoir y consacrer un temps suffisant, un temps non aliéné par des sollicitations étrangères à l'acte lui même. Et il ne s'agit pas de fixer des normes de la durée de la consultation médicale. Le médecin, pour préserver son libre arbitre, doit échapper à toute contrainte, et d'abord à la contrainte financière. Ce n'est qu'alors qu'il est réellement seul juge des nécessités requises par l'acte médical, dont la durée et la difficulté ne peuvent être délimités à priori. Autant l'acte médical ne peut se définir avec précision, autant la fonction du médecin dans la société peut être l'objet d'une approche, d'une notion. Chacun connait le rôle du médecin qui est de soigner la populalation avec le maximum de moyens que la science met à la disposition de son exercice et de sa conscience humaniste. Cette fonction peut être honorée par la société,° alors que l'acte est payé par le client.°°

Ainsi rémunéré, le médecin dégagé des sollicitations financières peut opter pour une médecine dite lente, c'est à dire une médecine à but non lucratif. Le temps gagné par ce biais peut être utilisé au profit du malade :

- temps de constituer un dossier ;
- temps d'établir une relation interpersonnelle dépassant le cadre conjoncturel de la maladie pour replacer le malade dans son contexte familial et social.
- temps d'informer le malade et de s'assurer qu'il a compris le sens et la portée de l'information ;

mais c'est aussi :

° Voir plus loin : médecine d'équipe et éthique médicale

°° On en rapprochera la différence d'attitude populaire concernant globalement :
- d'une part les excès et abus des revenus des médecins,
- d'autre part le respect qu'imposent la responsabilité et parfois l'humilité de l'acte médical.

- le temps de l'enseignement post universitaire ;
- le temps de réunions de synthèse ;
- le temps de suivre ses malades dans les autres structures médicales ;°°°
- le temps d'équilibrer son mode de vie. (La fatigue du médecin étant évidemment facteur de diminution de la qualité des soins)

reposant principalement sur la possibilité qu'ont les généralistes de s'organiser entre eux.

Enfin, la rémunération à la fonction permet au médecin de limiter au maximum les rapports financiers avec le malade, sinon de les supprimer totalement, surtout si l'on a recours au tiers payant.

Paradoxalement, c'est dans le cadre de la rémunération à la fonction et par ses conséquences, que les critères de la nature spécifique de la relation médecin malade peuvent trouver leur pleine application, alors qu'ils auraient du s'adapter au secteur libéral avec paiement à l'acte.

°°° Voir plus loin : relations entre équipes médicale et les autres structures médicales.

L'EQUIPE MEDICALE PLURIDISCIPLINAIRE : PROBLEMES JURIDIQUES.

1° Les parties en présence :

- Le conseil de l'ordre : juridiction disciplinaire ;
- le code de déontologie : code de droit administratif ;
- le droit pénal

Les textes de loi régissant ces diverses juridictions sont parfois discordantS. D'où des problèmes d'interprétation. C'est le cas pour le salariat médical.

2° L'idéologie et le conseil de l'ordre des médecins.

Le conseil de l'ordre reste attaché aux grands principes de la médecine libérale, y compris au paiement à l'acte ; et au paiement direct des honoraires par le malade : principe actuellement le plus contesté par un nombre croissant de médecins. Représentant institutionnel de la moralité médicale et de l'idéologie dominante du corps médical le conseil de l'ordre met tout en oeuvre pour assurer la pérennité de ces principes, même si des mutations s'avèrent nécessaires en ce qui concerne certains d'entre eux : il s'agit là d'uncombat d'arrière garde destiné à préserver jusqu'à la dernière limite les intérêts fondamentaux du libéralisme, au besoin en empêchant le progrès médical de se développer grâce à des structures nouvelles.

Tout le problème repose, une fois de plus, sur la nature spécifique du code de déontologie. Etant en principe un règlement de morale et d'étique médicale, élaboré par la profession elle même, il a été érigé en règlement administratif. De plus, il a mélangé, sous le nom d'usages les plus répandus du corps médical, les modalités d'exercice et les problèmes pécuniers ainsi que les modalités de rémunération des médecins. (Mais ces principes étaient-ils les seuls admissibles pour un exercice médical correct, moral, respectueux des besoins et aspirations des malades?) Une analyse détaillée et critique du code de déontologie montrerait l'importance accordée aux problèmes financiers : on en trouve les échos directs dans les articles 8,11,16,17,19,22,23,40,41,42,43,44,45,46,49,5I, 50,60,61,62,63,67,69,70,71,76, soient 26 articles sur 79 ! Globalement, ces articles visent à fixer les règles et les limites de la concurrence entre les médecins et à établir leur mode de rémunération. Ce règlement autrement dit, régit en grande partie la défense des intérêts du libéralisme et les conditions nécessaires à son existence.

Mais, comme chaque fois qu'on mélange les problèmes moraux et financiers, des contradictions ne tardent pas à apparaître ; elles ne sont bien souvent révélées que par les contraintes du progrès. Ainsi, ces problèmes du paiement à l'acte et direct ont souvent été évoqués par le conseil de l'ordre des médecins pour ralentir ou empêcher le développement

de structures médicales nouvelles à but social : ils s'opposeraient actuellement à l'institution d'équipes médicales payées à la fonction. De ce fait, on peut mesurer la somme de contradictions existant entre les articles 8 et 2,28,29 du code de déontologie, pour ne citer que ceux là.

3° Les lois et les débats juridiques (On citera longuement et à plusieurs reprises dans ce chapitre le Traité de droit médical de Savatier, Auby et Péquigniot, édition de 1956.)

Paragraphe 103 page 95 :

" Les associations de la loi de 1901 entre médecins. Les médecins
" peuvent adhérer à des associations constituées conformément à la loi
" du 1er juillet 1901. D'après cette loi, "l'association est une conven-
" tion par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une
" façon permanente, leurs connaissances ou leur activité, dans un but
" autre que de partager des bénéfices". C'est sous forme d'associations
" que se sont constituées de très nombreuses sociétés savantes, qui
" jouent un rôle important pour la recherche scientifique médicale et
" pour l'information des médecins.

" L'ordre a cru pouvoir utiliser la même forme juridique pour les
" contrats entre médecins exerçant la médecine en équipe dans une
" installation commune, mais ne partageant pas entre eux les bénéfices
" de leurs activités. Il propose, pour celà, aux médecins, une construc-
" tion juridique singulièrement compliquée, comportant, d'une part, une
" société civile locataire des locaux professionnels et propriétaire du
" matériel médical et, d'autre part, une association entre médecins à
" laquelle la société louerait le matériel et sous-louerait les locaux.
" A son tour, l'association répartirait entre ses membres, en tenant
" compte de l'activité de chacun d'eux, les redevances de location
" qu'elle devrait à la société. La complication de ce système fait dou-
" ter de son fonctionnement pratique et montre l'inadaptation de la
" forme juridique de l'association à une convention de collaboration
" professionnelle entre médecins. Mieux vaut, croyons nous, admettre
" plus franchement la possibilité de sociétés entre médecins.

Page 373, au paragraphe 402, sous le titre "utilité des conventions de collaboration entra médecins", les juristes montrent qu'ils ont conscience des problèmes posés par l'évolution du progrès médical et de ses implications sur le plan de l'apparition de structures nouvelles du type médecine d'équipe. Messieurs Savatier, Auby et Péquigniot n'hésitent

pas à qualifier d'anachronique "la conception selon laquelle le médecin est un professionnel indépendant agissant isolément à l'aide d'instruments simples et peu couteux dont il est le propriétaire exclusif". Un peu plus loin, ils manifestent leur inquiétude car "la spécialisation médicale risque de faire perdre de vue l'unité de la personne du malade si une collaboration active ne s'établit pas entre les divers médecins participant (...), au traitement de la même personne." Cette conscience de la nécessité de mutations des structures médicales sur le plan technique est relationnel est intéressante de la part des juristes : en cas de conflit avec le conseil de l'ordre ou avec le code de déontologie, c'est eux qui, en dernier ressort, devront arbitrer le différent.

Les auteurs précisent donc leurs conceptions juridiques des possibilités de la médecine d'équipe : page 374, paragraphe 404 :

"Opposition entre les caractères du contrat médical et la notion de "travail en équipe.

" (...) Les difficultés de la construction juridique de la " collaboration entre médecins tiennent à ce que l'intervention d'une " équipe de médecins à la place de l'ancien médecin isolé relâche " nécessairement le lien personnel entre médecin et malade.

" (...) Le médecin doit répondre personnellement envers le malade " des soins qu'il donne, ce qui suppose entre eux un lien juridique " contractuel. Il ne paraît pas pouvoir être réduit au rôle de préposé " d'un tiers qui serait partie au contrat médical.

" Le principe du libre choix et celui du secret professionnel peuvent " également être affectés par l'exercice de la médecine en équipe. " Dans quelle mesure le malade a-t-il fait confiance à l'équipe en " acceptant d'être soigné indifféremment par l'un ou l'autre des " membres de l'équipe, et en les autorisant à se communiquer ce " qu'ils savent de lui ? C'est une question de fait, mais la nature " du contrat médical s'oppose à ce qu'on présume trop facilement " que la confiance du malade s'adresse à l'organisme de soins ou au " groupement de médecins plutôt qu'à tel ou tel de ses membres.

Autrement dit, les groupements médicaux doivent conserver les aspects individualistes de la profession médicale, tout au moins en ce qui concerne la nature spécifique de la relation médecin malade : responsabilité du médecin traitant exclusivement, libre choix du médecin par le malade, secret professionnel : le respect de ces clauses du contrat médical est par ailleurs exigé par les médecins exerçant en équipe.°

° On verra plus loin que le non respect de ces principes est souvent imputable aux pouvoirs publics.

Enfin, il est remarquable que ces principes ne visent qu'à satisfaire les désirs des consultants sans fixer aucun règlement concernant l'organisation des médecins dans leur travail. C'est précisément ce que doit renforcer l'équipe médicale payée à la fonction.

Page 375, paragraphe 405.

"Textes régissant la collaboraboration entre médecins.

" Les conventions de collaboration entre médecins, et spécialement les sociétés médicales, ne sont pas prévues explicitement par les textes législatifs. Elles obéissent donc en principe au droit commun. Mais les tribunaux peuvent les déclarer illicites si elles portent atteinte à certains principes d'ordre public gouvernant l'exercice de la médecine, comme l'indépendance du médecin dans la conduite du traitement, le libre choix du médecin par le malade, le droit du malade au secret professionnel.

" Le code de déontologie est plus explicite sur les conventions considérées. Mais ces dispositions sont sanctionnées seulement sur le plan disciplinaire, et non sur le plan civil de la validité des contrats passés. L'article 71 du décret du 28 Novembre 1947 exige que toute association ou société entre médecins fasse l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux. Comme pour les autres contrats relatifs à l'exercice de la profession, une communication au conseil départemental de l'ordre est obligatoire. Bien que l'article 71 parle de communication des projets de contrats, il n'a pu valablement ajouter à la loi qui se borne à prescrire la communication dans les 30 jours du contrat. Parmi les autres dispositions du code de déontologie intéressant les sociétés de médecins, il faut signaler : l'interdiction à un médecin de se faire assister dans l'exercice normal de sa profession par un autre médecin travaillant sous le nom du titulaire du poste, ce qui signifie que les médecins associés doivent se présenter à la clientèle en leur nom personnel ; l'interdiction des versements ou acceptations clandestins d'honoraires entre praticiens(...)

"406 Attitude de la jurisprudence à l'égard des sociétés médicales.

" (...) L'analyse de la jurisprudence montre pourtant que, si les tribunaux ont parfois annulé des sociétés médicales, leur hostilité n'est pas systématique. Aussi faut-il admettre la validité de principe de ces sociétés à condition qu'elles respectent les principes du droit médical.

" (...), la Cour de cassation a admis la validité d'engagements
" de non rétablissement tendant en fait à assurer la transmission de
" la clientèle de l'un des associés à l'autre, consacrant implicite-
" ment la licéité des contrats où ces clauses avaient pris place.
" Et, si l'on admet comme nous que les cabinets médicaux peuvent
" faire l'objet de contrats, on ne voit pas ce qui s'oppose à leur
" apport en société.
"407 Conditions de validité des sociétés de médecins.
" Elles doivent d'abord respecter l'indépendance professionnel-
" le de chacun des médecins associés : (...)
" Elles doivent ensuite respecter le libre choix du médecin par le
" malade et ne comporter aucune clause "de nature à surprendre la
" confiance de la clientèle". (...) Cette nécessité de sauvegarder
" la liberté du client implique que celui-ci ne puisse avoir de
" doute sur la personnalité du médecin appelé à le soigner. La collabo-
" ration existant entre les associés doit donc normalement être
" apportée à la connaissance des clients par l'envoi de circulaires
" ou l'apposition d'une plaque portant les noms des associés sur le
" cabinet commun, ou l'usage de papier et d'ordonnances portant
" également ces différents noms. Si cette publicité est suffisante,
" on peut présumer que le client qui n'a pas manifesté de préférence
" entre les associés a accepté d'être soigné par l'un ou par l'autre.
" Celà permet donc en fait, à chacun d'eux de se faire remplacer par
" son confrère soit auprès de certains clients, soit pendant certaines
" périodes.
" La convention comporte normalement un partage d'honnoraires entre
" les associés. Un tel partage n'est pas prohibé, de manière générale
" par la loi. Le code de déontologie est plus restrictif. L'article
" 19, qui interdit tout versement ou acceptation clandestin d'argent
" entre praticiens, pourrait à première vue faire douter de la
" licéité, au regard de la discipline professionnelle, des sociétés
" entre médecins, où les règlements pécuniaires entre praticiens
" demeurent généralement inconnus des malades. Mais il semble que
" le fait que la convention ait été déclarée au conseil départemen-
" tal de l'ordre suffise à luiôter le caractère clandestin prohibé
" par ce texte. L'article 44 du code de déontologie défend de manière
" encore plus générale les partages d'honoraires entre médecins
" traitant et spécialiste. Nous ne pensons pas cependant qu'il ait
" voulu s'opposer à la constitution de sociétés de médecins de
" spécialistés différentes exploitant en équipe un cabinet de
" groupe et se partageant les honoraires correspondant aux actes
" médicaux de leurs spécialités respectives.

" Il serait cependant désirable qu'une modification du code de
" déontologie vienne préciser les règles disciplinaires applicables
" aux cabinets de groupe (...)

En effet, les articles 19 et 44 du code de déontologie ont été institués à une époque où la dichotomie atteignait le stade d'un véritable commerce de la personne humaine. A cette époque on ne parlait pas encore de médecine d'équipe. L'utilisation que le conseil de l'ordre a fait depuis de ces articles pour freiner l'implantattion de la médecine d'équipe et pour dissuader les médecins de tenter l'expérience d'une structure nouvelle est certainement un abus de pouvoir et, en tout cax une interprétation quelque peu tendancieuse des buts du législateur et et de la finalité de la moralité de l'exercice médical. Il faut remarquer en outre que le corps médical est le seul à se voir prétenduement refuser un droit qui existe dans toutes les autres branches de l'activité sociale. Le Conseil d'Etat ne jugerait-il pas que cette interdiction constitue un abus de pouvoir de l'ordre des médecins défavorisant ces derniers par rapport aux autres membres de la société ?

Page 378, paragraphe 409

"Contrats d'équipe

" C'est le nom que l'ordre des médecins parait préférer pour les
" contrats instituant une collaboration durable entre plusieurs
" médecins ou chirurgiens.(...)

" Un tel contrat s'analyse juridiquement en une société civile
" où les associés apportent leur travail et, éventuellement, le cabi-
" net médical qu'ils avaient déjà consitutés, et se partagent les
" bénéfices et les pertes correspondant à l'exercice de leur profes-
" sion. Sa licéité doit être admise pourvu que soient sauvegardés
" le libre choix des clients et l'indépendance professionnelle
" dans la conduite du traitement. (...)

" Le contrat devra préciser dans quelle mesure chacun des asso-
" ciés est tenu de faire bénéficier la société de toute son activité
" professionnelle. Il organisera la comptabilité de manière à per-
" mettre un contrôle de chaque associé sur les honoraires perçus par
" l'autre ,sans cependant porter atteinte au secret professionnel.

" Les sociétés médicales, n'étant pas occultes, bien que non
" soumises au régime de publicité des sociétés commerciales, jouis-
" sent, en principe, de la personalité civile. La société peut
" donc avoir un patrimoine et contracter avec des tiers tels que les
" fournisseurs de matériel médical, ou le bailleur du local profes-
" sionnel, ou les salariés dont elle se procure les services. Mais
" ce n'est jamais elle qui passe le contrat médical.

Donc, le groupement en équipe médicale serait possible, en constituant des sociétés médicales. Mais :

1°) L'ordre pourrait contester l'égalité de rémunération entre généralistes et spécialistes. (Sans préjuger de l'issue d'un tel conflit qui aboutirait peut-être à la reconnaissance du droit au partage des honoraires entre généralistes et spécialistes : l'absence de jurisprudence en la matière ne permet aucune affirmation.)

2°) Un désaccord entre les médecins de l'équipe risquerait de mener à la dissolution de la société, rompant ainsi ce qui a été construit. On voit la précarité d'une telle structure et les conséquences graves qu'aurait sa disparition auprès des malades consultants.

3°) Le poids très lourd des investissements de départ ne constitue pas une incitation pour les médecins qui désireraient élaborer une équipe médicale.

Les médecins n'osent pas créer d'équipes médicales :

1°) parce qu'ils croient que le conseil de l'ordre détient un pouvoir juridique absolu. Peu de médecins savent que les décisions du conseil de l'ordre peuvent être portées devant le conseil d'état et y être cassées selon les règles du droit commun.

2°) parce qu'ils ignorent que le partage des honoraires pourrait être licite en respectant certaines normes et principalement que le but de leur paiement à la fonction ne cache pas un but lucratif de la part de l'employeur ou d'un membre particulier de la société médicale ; principalement aussi si la structure choisit un mode de fonctionnement compatible avec le libre choix du médecin par le malade, la responsabilité et la liberté du médecin dans le cours du traitement d'un malade donné, le secret professionnel.

3°) parce que le statut des équipes médicales varie d'un enfroit à l'autre en fonction de la conjoncture, puisqu'il ne peut être fixé par aucune loi explicite.

Face à cet état de fait, il est difficile aux médecins, — par ailleurs mal informés,— de prendre des initiatives un peu audacieuses leur permettant de mettre en place des équipes médicales. Par ailleurs, ceux qui s'en sont donné la peine ont choisi des structures différentes qui leur garantissent la survie de la maison médicale, même au cas où plusieur médecins de l'équipe viendraient à partir, ainsi que des possibilités d'investissements immédiatement importants. C'est ainsi que ces médecins ont eu recours à un employeur mutualiste ou municipal, mais, de ce fait, leur implantation s'est trouvée très limitée.°

° On en parlera plus loin.

Par ailleurs, ce recours à un employeur a permis à la médecine d'équipe de faire ses premiers pas :

- en utilisant l'employeur comme un écran protecteur entre l'opposition du conseil de l'ordre et les médecins de l'équipe ;
- en situant l'équipe médicale dans des structures médicales sociales rentrant dans le cadre de la dérogation prévue à l'article 8 du code de déontologie.

On aborde maintenant le deuxième grand aspect du problème juridique : les conséquences de l'introduction de l'employeur et du salariat dans les structures médicales. Ce phénomène transforme radicalement le statut du médecin, donc ses rapports avec les instances qui régissent son exercice. Le code de déontologie est un règlement moral édicté sous forme de règlement administratif, mais restant totalement interne dans la profession médicale. Il est vrai que le médecin est lié, par le serment, au respect du code. Il n'en est pas de même des tiers ne faisant pas partie du corps médical, ce qui est le cas pour un employeur du type mutuelle ou municipalité. L'employeur n'est astreint qu'au respect des règles du droit commun. Il peut ainsi imposer à son employé un contrat dont les clauses ne respectent pas absolument le code de déontologie, pourvu que soient respectées les lois du droit commun et, plus particulièrement, celles du code de la santé publique. Dans ce cas, le médecin n'a qu'à présenter le contrat au conseil de l'ordre, conformément aux prescriptions du code de déontologie, et à exercer la médecine salariale. Le médecin est simplement brimé par un employeur peu scrupuleux qui n'est régi que par le droit commun. D'où des possibilités d'écarts entre les contrats types du conseil de l'ordre et les contrats réels passés entre les médecins et leurs employeurs.

" Par exemple, le fait pour un médecin de s'engager contre une
" rémunération forfaitaire, au service d'une clinique mutualiste,
" a été invoqué par l'ordre, tantôt pour fonder une action disciplinaire,
" naire, tantôt pour justifier un refus d'inscription au tableau.
" Ce fait ne constituant pas, aux yeux du conseil d'état, une
" violation des règles déontologiques, ne peut, en réalité, fonder
" ni l'un ni l'autre."

Traité de droit médical : page 94, dernier alinéa et suivants.

" En effet les contrats types élaborés par l'ordre en ce
" domaine (celui des conventions collectives pour protéger les
" médecins salariés) se bornent à préciser les clauses que l'ordre
" souhaiterait voir introduire dans ces contrats, mais ne s'imposent en aucune manière aux tiers avec qui les médecins doivent
" contracter. Si ces tiers refusent d'appliquer la règlementation

" professionnelle, les médecins salariés se trouvent eux mêmes pra-
" tiquement dans l'impossibilité de la respecter, et l'ordre ne peut
" guère prendre contre eux de sanctions disciplinaires. Si, au
" contraire, il existait des conventions collectives, par exemple
" entre les organisations patronales qui emploient des médecins du
" travail et les syndicats médicaux, on pourrait y insérer les garan-
" ties souhaitées par l'ordre.

Et aussi page 119, paragraphe130

"Contrats-types.

" L'article 49 du code de déontologie de 1955 dispose que tout
" projet de convention entre un médecin et une entreprise, une col-
" lectivité ou une institution de droit privé doit être communiqué
" au conseil départemental de l'ordre, qui vérifie sa conformité
" avec les contrats-types qui ont pu être établis par le conseil
" national.

" On pourrait penser que ce texte donne au conseil national
" un pouvoir règlementaire pour l'établissement de contrats-types.
" En réalité, ces contrats types sont de simples modèles proposés
" aux médecins pour faciliter le contrôle des conseils départemen-
" taux sur le respect des principesdéontologiques. Il ne s'agit donc
" pas de véritables mesures règlementaires s'imposant aux membres de
" la profession, mais plutôt d'instructions adressées par le conseil
" national aux conseils départementaux sur la manière de concevoir
" le contrôle des contrats professionnels prévu par l'article 462 du
" code de la santé publique. L'illégalité éventuelle des disposi-
" tions des contrats types ne peut donc être soulevée directement de-
" vant le conseil d'état, mais seulement à l'occasion des décisions
" d'application prises par les conseils départementaux.

Ceci prouve à l'évidence que les règles de la déontologie médicale ne peuvent s'appliquer qu'au libéralisme et à sa finalité concurrentielle et lucrative. C'est tellement vrai que les médecins salariés de la fonction publique à temps plein ne sont pas tenus de se faire inscrire au tableau de l'ordre des médecins. En effet, ils sont régis par les lois du service public qui les emploie et ne peuvent en aucun cas être en même temps soumis au code de déontologie. Ceci est valable, en particulier pour les médecins fonctionnaires exerçant à temps plein dans les hopitaux publics.

Est-il possible à un médecin d'être salarié ?

La première obligation est de respecter le monopole médical. Seul le médecin peut non seulement se livrer à des actes médicaux, mais encore prendre l'engagement de s'y livrer. Un tiers non médecin ne peut, ni être débiteur de soins auprès de malades, ni partager des honoraires ou des bénéfices avec un médecin lorsqu'ils sont issus du travail de ce dernier. C'est pourquoi les contrats comportent une stipulation pour autrui au profit des malades éventuels. Ainsi, le malade est directement créancier du médecin qui, ce faisant, ne règle pas une dette de l'employeur mais une dette personnelle envers le malade. Le monopole médical est conservé.

Page 382, paragraphe 412 : 4ème alinéa.

" Quant au prétendu partage d'honoraires avec un non-médecin, " il est évident qu'il ne peut se rencontrer ni quand l'employeur " est lui même médecin, ni quand les patients ne versent à l'em- " ployeur aucune rémunération basée sur les soins reçus par eux. " Mais, même si un employeur non médecin paie au médecin un salaire " forfétaire tout en recevant, d'autre part, des sommes versées " par les malades ou par une caisse de sécurité sociale, et calcu- " lées sur les actes médicaux accomplis, nous ne pensons pas qu'on " se trouve devant un partage d'honoraires prohibé. Pour qu'il y " ait partage d'honoraires, il faudrait en effet que des sommes aux- " quelles le médecin avait droit profitent en partie à son employeur " au lieu de lui être entièrement attribuées. Or, le médecin qui " s'engage à fournir ses services contre une rémunération forfétai- " re n'a aucun droit de réclamer personnellement des honoraires " aux bénéficiaires de la stipulation pour autrui faite par " l'employeur. Les sommes que l'employeur pourrait recevoir de " ces bénéficiaires ne sont donc pas juridiquement des honoraires " soustraits au médecin. Il faut cependant réserver le cas où il " serait prouvé que l'employeur réalise des bénéfices grâce à la " différence entre les prix que lui versent les bénéficiaires des " actes médicaux en paiement de ces actes et le salaire qu'il paie " lui-même au médecin. Il y aurait alors un partage des bénéfices " de l'activité professionnelle médicale prohibé par l'article 365 " du code de la santé publique.

La deuxième obligation qui est de respecter l'indépendance professionnelle et la liberté de prescription qui en découle, n'est pas incompatible avec le contrat salarial. En effet, cette indépendance et cette liberté affectent seulement la part technique de l'acte

médical et de ses moyens. La sujetion du médecin, lorsqu'il contracte avec un employeur, ne concerne que son mode de paiement et l'utilisation de son temps, mais aucunement ses prérogatives professionnelles liées à l'exercice médical quel qu'il soit. (prévention, dépistage ou médecine de soins.) ° Le contrat médecin employeur ne peut être qu'un acte quantitatif (paiement et durée de travail), et non pas un acte qualitatif (méthodes de travail). En effet, l'employeur, n'étant pas médecin, ne peut en aucun cas prétendre ses prérogatives au delà de la sujétion salariale. Dès qu'il s'agit de technique médicale, l'employeur est totalement incompétant pour en juger. La simple constation de ces faits incontestables montre à quel point il est justifié d'affirmer que le médecin est seul juge de sa conduite envers le consultant. C'est pourquoi, et simplement par la force des choses, le contrat salarial ne peut en aucun cas aliéner ni le contrat médical, ni le monopole médical, principes fondamentaux de la médecine dans la société française. Il est regrettable que des arguties tendancieuses aient pu s'ingénier à faire pression sur des médecins pour les empêcher de se salarier, sous le fallacieux prétexte qu'ils dévoieraient alors les principes de base de la moralité médicale et déconsidèreraient la respectabilité de la profession.

En ce qui concerne le libre choix du médecin par le malade, on s'inscrira en faux contre la conception qui voudrait que ce soit l'employeur qui choisisse le médecin et non le consultant. Ce phénomène existe, il est vrai, (malheureusement ?) dans les structures sociales de la médecine, particulièrement celles qui n'engagent jamais l'intégrité physique du patient : dépistage, contrôle et, à un moindre degré, prévention. En ce qui concerner la médecine de soins, aucune loi n'a jamais pu contraindre un malade à se faire arbitrairement dans une structure plutôt que dans une autre, sans recevoir son assentiment. Dans le cas d'une équipe médicale salariée, ce n'est pas un employeur de médecins que choisissent les malades mais une structure de soins au sein de laquelle ils peuvent passer le contrat médical avec des médecins agissant en qualité.

Quant aux principes de l'entente directe et du paiement à l'acte, n'ayant pas de valeur au regard de la loi civile, leur violation ne peut faire annuler le contrat de travail. Dans ce cadre la licéité du contrat ne pourrait être contestée que si l'employeur utilisait le travail des médecins dans un but lucratif et surtout s'il existait une disproportion flagrante entre le revenu des actes pratiqués et la rémunération du médecin.

° A moins que l'on n'ose prétendre que le mode de rémunération fait partie de l'acte médical et qu'il constitue en lui même une technique thérapeutique !

Page 335, paragraphe 412, fin du chapitre.

" (....) Du point de vue disciplinaire, il appartient à l'ordre
" de veiller à ce que le contrat de travail des médecins soit compa-
" tible avec la dignité et l'indépendance de la profession, mais les
" textes du code de déontologie n'autorisent pas la juridiction
" professionnelle à frapper sans distinction les médecins qui en-
" gageraient leurs services en échange d'une rémunération forfai-
" taire.
" L'évolution de la législation et des conditions sociales
" l'emporte de plus en plus, en jurisprudence, sur les scrupules
" attardés d'arrêts déjà vieillis. La tendance des décisions récen-
" tes ne doute plus de la possibilité pour un médecin de se lier
" par un contrat valable de louage de services.

Critères du salariat médical.

Les médecins salariés fonctionnaires d'un servicepublic sont régis par un statut de la fonction publique les écartant de la juridiction disciplinaire de l'ordre et du code de déontologie. Ils sont soumis au code de la santé publique.

Les médecins salariés non fonctionnaires n'ont qu'un engagement contractuel. Pour être considéré comme salarié, le médecin doit être soumis à un rapport de sujétion vis à vis de son employeur. Les deux principaux critères de définition juridique de cette sujétion sont

- le mode de rémunération : paiement forfétaire :
  - à la fonction pour les médecins employés à temps plein ;
  - à la vacation pour les médecins employés à temps partiel :
- la fixation du temps de travail ;
- la définition du local professionnel par l'employeur.

On voit bien la difficulté à laquelle on se heurte, de par la complexité et la multiplicité des instances juridiques et des textes de loi pour définir nettement le statut juridique du salariat médical en dehors de la fonction publique et des structures médico-sociales explicitement reconnues comme telles par les pouvoirs publics; Par ailleurs, on est embarrassé par la quasi absence de jurisprudence concernant la médecine d'équipe. Ce n'est que par des voies détournées et incomplètement expérimentées, que l'on peut parvenir à transformer le paiement à l'unité des actes médicaux en un paiement à la fonction des médecins.

Pour résumer le problème, la licéité du contrat salarial des médecins repose :

- sur les critères du salariat ;
- sur l'existence d'un employeur et d'une sujétion à son égard ;
- sur le respect du contrat médical et particulièrement :
    - le libre choix du médecin par le malade ;
    - le secret professionnel
- le respect du monopole médical :
    - engagement de la responsabilité personnelle du médecin agissant ès qualité ;
    - présentation du médecin en son nom propre et ès qualité devant le patient ;
- sur le respect de l'indépendance professionnelle du médecin et de sa liberté de prescription et de conduite du traitement ;
- sur une information honnête et largement diffusée de la nature de la structure médicale ainsi créée principalement auprès :
    - de la S.S.
    - du conseil de l'ordre
    - des consultants ;
- l'employeur n'étant alors qu'un service comptable, contentieux administratif, gestionnaire, organisateur de la distribution des soins effectués par les médecins employés ; l'employeur ne devant pas se livrer à des manoeuvres d'exploitation à but lucratif.

NATURE DE L'EMPLOYEUR.

Selon la nature de l'employeur, des avantages et des inconvénients différents interviennent.

1°) Société médicale

On a vu, dans le chapitre précédent, qu'il est licite de constituer des sociétés de médecins. Leur statut est très complexe et laisse subsister des inadaptations pratiques difficiles à surmonter.

Ainsi, le financement de départ de la société risque-t-il d'être fait à fond perdu pour les fondateurs, sous peine de risquer la dissolution de la société et l'éclatement de l'équipe médicale ultérieurement.°

Il faudrait donc admettre que la société puisse s'établir avec un capital de départ nul. Une solution serait alors qu'elle rembourse les fondateurs du montant des investissements qu'ils auraient consentis au départ. Par ce moyen, il devient d'ailleurs possible de transformer la société en fondation.

L'avantage de la société est d'être administrée par les médecins. Mais c'est aussi son inconvénient, car elle peut fonctionner sans aucun contact avec la population et ses représentants, tout comme un cabinet de médecine libérale.

Quoi qu'il en soit,

- en l'absence d'un statut de la médecine d'équipe,
- en l'absence d'une volonté extra-médicale (municipalité, mutuelle...) désireuse d'implanter une maisonmédicale,
- en l'absence d'une prise de conscience de la population,

la société médicale reste certainement la seule possibilité offerte aux médecins pour "démarrer" une équipe médicale quelles que soient les conditions locales écologiques, administratives, politiques.

° C'est pourtant ce qu'ont fait les médecins fondateurs de la "Feuilleraie" à Marseille. Pour eux, il s'agissait d'un acte de militantisme préparant la médecine de l'avenir. Certains de ces médecins se sont même endettés alors pour plusieurs années, n'ont jamais réclamé par la suite et, semble-t-il, ne se sont jamais plaints. Malgré l'admiration et le respect qu'inspirent de tels actes de philantropie, on ne peut que douter de leur large extension, avec regret, d'ailleurs.

Voir aussi plus loin : Un exemple de médecine collective : "la Feuilleraie".

2°) Fondation.

Elle présente l'avantage, sur la société médicale, d'apparaître d'emblée comme une entreprise à but non lucratif. A priori cette structure devrait s'adresser à des équipes importantes ; mais des extensions peuvent être envisagées pour des petits ensembles. La fondation présente, par ailleurs les mêmes avantages et les mêmes inconvénients que la société médicale : les médecins peuvent être largement représentés au sein du conseil d'administration et gérer la maison médicale sans contact avec les usagers. Mais la fondation aurait plus de facilités pour passer des conventions avec divers organismes sociaux et pour recevoir des subventions.

Malheureusement, en toute logique, on doit convenir que la fondation ne peut le plus souvent apparaître que comme la prolongation d'une société médicale ayant déjà fait ses preuves.

3°) Association régie par la loi de 1901.

Elle offre l'avantage de permettre une grande souplesse de fonctionnement, et particulièrement :

- toute facilité pour demander et recevoir des subventions ;
- toute facilité pour passer des conventions.

Deux formes peuvent être envisagées :

- association médicale uniquement,
- ou association "ouverte" : peuvent en être membre toute personne désirant intervenir dans le fonctionnement de la médecine d'équipe.

De cette panière, la gestion devient mixte : médecins-population. L'association de la loi de 1901 peut présenter un avantage considérable ; la possibilité de promouvoir et de développer la médecine d'équipe. Ainsi, une association de 1901 peut-elle fonder une maisonmédicale, puis étendre son activité en créant une chaîne de maisons médicales qu'elle coordonne. Le fonctionnement d'une telle structure est malheureusement tributaire d'une hypothétique prise de conscience d'une partie de la population concernant les problèmes de santé.

4°) Municipalités.

Inconvénient : c'est un employeur confessionnel dont la nature peutchanger d'une élection à l'autre.

A ce propos, il est remarquable de constater qu'actuellement, seules les municipalités "tenues" politiquement par le parti communiste français ont mis en place des centres de santé, qui font d'ailleurs partie du programme P.C.F.. En pratique, l'exercice médical en centre de santé municipal est donc quasiment l'apanage des médecins d'obédience

communiste. Compte tenu de l'idéologie dominante et de ses effets sur le corps médical, il y a là une limitation des centres de santé municipaux presque insurmontable.

D'autre part, les revers politiques pourraient mettre les équipes des centres de santé municipaux dans une situation difficile : l'obligation de voir limiter leur développement et leurs activités et d'assister, impuissantes, à une action municipale visant à remettre en selle la médecine libérale. Par exemple :

- en exigeant la rentabilisation à tout prix du centre de santé ;
- en réduisant au maximum les crédits indispensables à son extension ;
- en opposant un véto systématique à toutes les requêtes des médecins de l'équipe ;
- en ne faisant aucune démarche auprès des administrations et collectivités responsables de la santé publique ; ...etc...

Les moyens sont très variés pour créer une situation rendant impossible le fonctionnement d'une équipe médicale.

L'avantage d'une municipalité, par contre, est d'adapter d'emblée une unité médicale à une unité écologique, la commune, tout en permettant une confrontation entre les médecins et les représentants de la population.

Enfin, une municipalité doit pouvoir financer les investissements de la maison médicale. Celà se traduit toujours par un déficit de départ que seules peuvent assumer des communes importantes. D'où un autre facteur de limitation qui sera peut-être bientôt supprimé par l'extension des syndicats intercommunaux.

5°) Mutuelles.

La mutuelle offre des possibilités intéressantes par son statut d'organisation à caractère social et à but non lucratif. Elle permet des rapports théoriquement plus facilesavec la sécurité sociale, surtout si la mutuelle gère aussi le régime général inhérent à ses affiliés, comme c'est le cas pour la M.G.E.N., par exemple. D'autre part, la mutuelle est certainement le seul employeur susceptible de mettre en place des maisons médicales et des équipes dont le statut juridique soit irréprochable. On peut envisager deux types de mutuelles comme employeur d'une équipe médicale :

- mutuelle corporative comme la M.G.E.N., la M.N.E.F., la mutuelle agricole, la mutuelle de la police,.... qui a l'inconvénient, précisément, de ne représenter qu'une corporation. L'adaptation de la maison médicale à une unité écologique quelconque se trouve ainsi exclue. De telles mutuelles ne peuvent mettre en place que des maisons médicales :

- situées dans de grands centres urbains où le nombre des enseignants, postiers, cheminots, policiers,...etc.... est important ;
- où s'adressant à des soins à caractère hospitalier :
  centres de repos,
  centre d'épuration extra-rénale,
  centre de kinésithérapatie et de réadaptation,...etc..

autrement dit, cette mutualité, de part son corporatisme, est presque incompatible avec une médecine d'équipe de l'homme total exercée sur les lieux de vie des malades. En particulier, les visites à domicile en sont de fait exclues.

- mutuelle interprofessionnelle, dont on parlera plus longuement ultérieurement : ° structure très souple, elle peut s'adapter pratiquement à toutes les situations écologiques.

° Voir chapitre : exemple d'équipe médicale : la S.A.M.I.R.

INTERLUDE : DE LA DEONTOLOGIE A L'ETIQUE MEDICALE.

La séparation théorique traditionnelle entre la déontologie et l'éthique apparait souvent comme artificielle sinon arbitraire, tant ces deux aspects de la médecine se trouvent intriqués. La meilleure preuve n'en est-elle pas le fait que le conseil de l'ordre des médecins est aussi une juridiction disciplinaire et que le code de déontologie est aussi un règlement d'administration ?

Non seulement la leçon inaugurale du Professeur Denoix constitue une bonne illustration de ce phénomène, mais encore elle le situe dans sa problématique dialectique au sein des notions de progrès et de mutations :

" Attaquons nous à la survie des mythes comme les décrit " Alfred Sauvy, c'est à dire ce à quoi l'on persiste à croire, mal- " gré le démenti des faits. C'est le malheureux sort attaché au " conservatisme que d'être réduit à défendre le dépassé, au lieu " d'agir pour le détruire, afin de déboucher sur l'épanouissement " des conséquences d'une situation nouvelle.(....)

" Pour mieux situer les choses, reportons nous, voulez vous " à l'article 8 du code de déontologie.

" Nous y voyons énoncés les 4 principes de la médecine " française considérés comme traditionnels :(....)

" Il est nécessaire de s'interroger chaque fois que l'on voit " une résistance se baser sur la tradition.

" N'est-il pas visible que l'on commet moins d'erreurs en " acceptant les faits qu'en se cramponnant à des traditions qui ne " sont souvent plus que des façades ? Elles sont le reliquat d'aspects " provisoires et de circonstances, de la permanence d'une vérité " sous-jacente qu'elles ont heureusement exprimée un jour, puis, " en se sclérosant, masquée et finalement étouffée.

" Méfions nous de l'idée qui se dégrade en rites.

" (....) Cette rénovation doit revenir aux sources en prenant " comme référence ce qui est le fondement et l'honneur de notre " profession. Nest-ce pas :

" - le respect, en toute circonstance, de la vie et de la " personne humaine ;

" - le malade corps et âme premier servi ;

" - le médecin, "médiateur entre le malade et la médecine ;

" - l'égalité de tous devant la médecine ?

" Les mythes à poufrendre sont bien alors :
" - la trop matérielle entente financière directe que l'on
" confond avec le colloque singulier ;
" - la soi-disant aliénation de l'indépendance du fonction-
" naire qui, dit-on entâche la liberté de jugement ;
" - le soi-disant abaissement inacceptable du médecin, s'il
" devait s'occuper d'administration;
" - l'impossibilité de protéger à l'hôpital, en dehors d'un
" secteur réservé, la soi-disant nécessité morale de la
" clientèle privée.

On ne peut que partager l'enthousiasme et l'humanisme de la conception dynamique du progrès médical que est celle du professeur Denoix. La grande mutation qu'il désire promouvoir au sein de l'hospitalisation publique ne pourra néanmoins s'épanouir pleinement que si elle s'accompagne d'un renouveau parallèle des structures médicales voisines.

MEDECINE D'EQUIPE ET ETHIQUE MEDICALE;

Confiance du malade rencontrant la conscience du médecin : l'éthique médicale traditionnelle reste très attachée à ce principe, remontant probablement aux temps immémoriaux de la pratique du médecin-sorcier de la tribu primitive. Entourrée de mystère, la pratique du sorcier avait-elle un autre but que d'intercéder en faveur du malade, par la conscience, auprès des forces "surnaturelles" du mal et du bien ? Pratique aliénante s'il en est pour le malade. Pratique conceptuelle aussi, invisible, mystique, impalpable donc ne pouvant pas se vendre ou se troquer. Dans ces conditions, comment le sorcier était-il payé ? Certainement était-il honoré par la tribu pour les bienfaits qu'il pouvait lui apporter. Donc paiement à la fonction : l'habitat et la nourriture.

Le mystère de la pratique médicale a persisté jusqu'à nos jours et il est encore un des fondements de la nécessité du colloque singulier. Entre temps, des facteurs innombrables sont intervenus dans la relation médecin malade, en la modifiant au fur et à mesure que la société actuelle s'est constituée. En voici des principaux :

- organisation de la société en clans importants, les états, menant à l'institution de structures de plus en plus complexes et importantes ;
- introduction de la notion de propriété, de profit, d'argent comme moyen d'échange ;
- institution de la famille, cercle plus fermé et plus étroit que la tribu, mais s'inscrivant dans le cadre plus large de l'état ;
- découvertes scientifiques enfin, avec le développement technologique.

D'où la nécessité, pour que le médecin survive, d'une rémunération pécuniaire.

La disproportion entre d'une part l'intimité du colloque singulier et de l'acte médical, d'autre part l'ampleur anonyme de l'état a rendu inconcevable une rémunération autre que le paiement direct et à l'acte. Par ailleurs, le mystère de la maladie et de la guérison conserve au médecin son prestige, lui permettant d'exiger du patient une rémunération élevée et proportionnelle à la valeur que le client accorde à sa santé. D'où l'entente directe en tant qu'institution.

Un autre facteur intervient à ce niveau : la science, qui fait que la confiance du malade recherche de moins en moins la conscience du médecin mais de plus en plus sa connaissance. Plus la connaissance est grande, plus le mystère est important, plus la rémunération est élevée. D'où la hiérarchisation de la médecine.

Le mythe et le mystère de l'acte médical sont entretenus par la pratique du secret médical que l'on confond trop souvent avec le secret professionnel. En effet, au nom du secret professionnel, les médecins se livrent au secret médical maintenant le malade dans une situation d'aliénation : la sujétion ainsi introduite se situe au sein de la dialectique santé-maladie, car le problème est bien qu'un individu malade rencontre un individu sain qui le soignera sans lui donner d'explications. Autrement dit, bien que le malade ne fasse appel qu'à une conscience dirigée par une connaissance, c'est en fait une conscience se servant de connaissances que le médecin utilise dans sa pratique médicale, la conscience faisant référence au mystère.

Enfin, l'idéologie dominante du profit et de la réussite par la richesse arrive à faire admettre que l'exercice médical obéisse aux mêmes principes. Pour se résumer, on voit que le mystère de l'acte médical, réminiscence sinon survivance de la pratique préhistorique , permet en partie d'entretenir l'état de sujétion des malades face à leur médecin et à ce dernier de défendre son empire.

Secret médical, coloque singulier, paiement de l'acte, paiement direct, entente directe en matière d'honoraires, hiérarchie : voilà un bloc bien homogène, mais dont on a vu précédemment les faiblesses et les contradictions économiques ; dont on voit maintenant qu'il repose aussi sur des relations interpersonnelles hiérarchisées et aliénantes.

L'intervention de la sécurité sociale a modifié l'éthique médicale. Le paiement des actes étant assuré par un tiers, le sacrifice financier consenti par le malade pour rémunérer le mystère de l'acte médical a pris un tour collectif : et on insistera sur le sens mystique du terme "sacrifice". Dès lors, en même temps que ce sacrifice perd de sa valeur intrinsèque, la multipliqation des actes médicaux devient possible. Et des actes médicaux "dévalués" sur le plan idéologique mais multipliés sur le plan pratique ont restitué au corps médical le prestige attaché à son art et confirmé par ses revenus.

Il faut se rappeler que la sécurité sociale n'a pas été facilement admise par le corps médical, qui a craint pour son indépendance professionnelle : attaché au libéralisme, il a prétendu que ce serait un premier pas vers la nationalisation de la médecine. Les mises en garde se sont succédées, les catastrophes de l'efficacité médico-sanitaire nationale ont été annoncées. En fait, ces prévisions ont été fausses, à l'exception d'une seule : la multiplication des actes médicaux. Dans ce cadre des abus sont incontestablement pratiqués mais, globalement,

qui oserait prétendre en 1973 que la sécurité sociale n'est pas une garantie de mieux-être pour l'ensemble de la population ?

En réalité, ce qui a le plus gêné les médecins, c'est l'intervention d'un tiers :

- dans la fixation du montant des honoraires, menant à la supression du système de l'entente directe, surtout en cas de conventions collectives ;
- dans la possibilité de contrôle et de critique que peuvent exercer les médecins conseils de la sécurité sociale. Ce contrôle est profondément ressenti. Le médecin n'est plus le juge de ses actes, au pouvoir absolu. Le malade peut faire indirectement vérifier la licéité du traitement par l'intermédiaire de son organisme protecteur : la sécurité sociale.

Par ailleurs, le paiement direct et à l'acte a été conservé. Ce faisant, un rapport de vendeur à acheteur s'est introduit dans la relation médecin-malade. Le malade possède son médecin, puisqu'il le paie. Et, puisqu'il est payé, le médecin se doit de vendre la marchandise dont il est le dépositaire et qu'on lui demande :

"je peux payer, docteur, je suis assuré social,...."

Ceci, joint à l'esprit concurrentiel de la médecine et à l'acceptation d'une pratique médicale de complaisance, limite l'indépendance du jugement du médecin en aliénant sa liberté d'action.

Par ces phénomènes le médecin subit une démystification. Pour sauvegarder le prestige et le mystère de son métier, il est irrémédiablement poussé à user du secret médical. Chaque fois que le malade demande des explications il se heurte à une réticence plus ou moins marquée de son médecin, et proportionnelle à la qualification technique hiérarchique de ce dernier. Ceci est vrai au niveau des relations interpersonnelles et aussi au niveau des revendications collectives. °

Il s'agit maintenant d'effectuer un rapprochement comparatif entre :

- le choix des travailleurs en matière de santé ;
- le choix des médecins en matière d'honoraires ;
- le phénomène hiérarchique.

° Voir annexe nº 5

On a vu, dans le chapitre "approche de la notion de droit à la santé" en quels termes économiques le choix de santé se pose aux travailleurs :

" des générations en mauvaise santé, à la vie courte, mais se succedant rapidement, approvisionnent le marché du travail avec autant de continuité qu'une série de générations vigoureuses où l'on fait des vieux os".

On a vu dans l'annexe n° 3, les termes sociologiques de ce choix, reposant sur un standard de vie traditionnel, avec l'élément historique qui permet de l'élargir ou de le resserrer.

" C'est évidemment sur cet écart que les luttes du prolétariat vont porter, afin d'en aggrandir l'espace."

Sur le plan éthique, le corps médical a ressenti des transformations liées au développement des luttes en matière de santé, que l'on a résumées précédemment :

des actes médicaux dévalués sur le plan idéologique(du sacrifice), mais multipliés sur le plan pratique ont restitué au corps médical le prestige attaché à son art et confirmé par ses revenus.

Autrement dit, l'écart sur lequel vont porter les revendications et les actions des syndicats médicaux est :

- soit des actes rares, nécessitant un gros sacrificede la part du malade, mais dont la qualité est très élevée, le mystère qui les entourre étant important ;
- soit des actes nombreux, partiellement démystifiés, nécessitant un sacrifice moindre par l'intervention de la sécurité sociale, mais dont l'organisation pratique passe au premier plan des préoccupations.

On voit bien la similitude de ces formulations. On peut vérifier leur simultanéité, en décrivant deux situations caricaturales mais démonstratives.

PREMIERE SITUATION.

Population pauvre, sans sécurité sociale. Le médecin ne peut être appelé qu'en cas d'extrême nécessité. C'est le sauveur qui arrive en même temps que le rédempteur. Le médecin soigne, fait son ordonnance, puis le prêtre donne l'extrême onction.°

° Le mythe médical trouve effectivement sa pleine expression dans l'anecdote du malade en coma hypoglycémique. C'est à cette anecdote faisant partie de la tradition des études médicales qu'il est fait allusion.
Par contre, le mythe médical trouve sa limite dans la tragédie du tétanos en épitomos, où le médecin, impuissant doit s'incliner devant le prêtre.

C'était l'époque de l'entente directe en matière d'honoraires. Les médecins sont peu nombreux car la demande et la consommation médicale sont faibles. Le médecin est prestigieux.

DEUXIEME SITUATION

Population émancipée, avec sécurité sociale. Le médecin peut être appelé pour des soins de tout genre. C'est l'homme qui vient renouveler l'ordonnance tous les mois. C'est l'époque de l'organisation pratique des actes médicaux. Il est nécessaire que les médecins soient nombreux. Leur prestige tend à s'effrondrer. La hiérarchisation sera un paliatif à cette crise.

Soient deux situations inversement proportionnelles sur le plan qualitatif et quantitatif. (le nombre et la valeur des hommes évolue en sens invers du nombre et de la valeur des actes médicaux)

ORGANISATION PRATIQUE DES ACTES MEDICAUX

C'est le processus de différenciation entre les lettres clefs. Le mythe médical tend à s'effrondrer. Les malades font souvent déplacer le médecin alors qu'ils pourraient se rendre à la consultation. Le médecin n'est plus honoré mais payé.

"On l'appelle pour rien . On se moque de lui."

Pour défendre le médecin, les actes de nuit et de jour férié seront très coûteux. Le médecin récupère sur le plan financier et du confort ce qu'il perd à regret sur le plan du mythe. Pourtant, que l'acte médical soit fait à un endroit ou à un autre, à une heure ou à une heure, il reste le même . Seul son prix varie. Le malade est totalement absent de ces préoccupations.

ORGANISATION HIERARCHIQUE

Pour conserver à une partie du corps médical son prestige mystique, il est nécessaire de créer une très forte hiérarchie. A l'hopital ou chezle spécialiste, les soins seront encore plus coûteux, mais surtout, le recours à ces structures est moins fréquent et le mystère de l'acte médical est très remarqué. Cette hiérarchie repose sur la compétence technique, autrement dit, sur la connaissance scientifique. L'aliénation relationnelle intervient dans le fait que l'on s'imagine que c'est la conscience du médecin qui a forgé ses connaissances, alors que ce devrait être l'inverse. D'autre part, pour que cette hiérarchie soit prestigieuse, elle doit être une oligarchie. D'où le difficulté des concours et examens.

Pour clore cette analyse, on reviendra sur l'opposition du corps médical vis à vis des transformations sociales. L'opposition à la sécurité sociale n'est pas un exemple unique. Elle se manifeste chaque fois que des individus ou des groupements d'individus effectuent une démarche visant à libérer leur corps de l'emprise aliénante du corps médical.° On a bien vu avec quelle "maestria" la contraception a été refusée et, finalement, rendue caduque. Le débat en cours sur l'avortement se heurte à la même problématique : le corps médical a toujours manifesté une vive hostilité à toute démarche qui permettrait à la population de prendre en main sa santé physique, mentale, sociale. En effet, chacun de ces mouvements démystifie un peu plus le mystère médical pour le mettre entre toutes les mains. D'où l'échec de l'éducation sanitaire et, plus particulièrement, de l'éducation sexuelle qui est à l'ordre du jour.°

En refusant de s'intégrer à un corps sanitaire responsable de la santé publique, les médecins prétendent qu'ils garantissent un meilleur service auprès de leurs clients. En fait ; par l'individualisme, c'est le mythe du mystère médical qu'ils perpétuent, afin de l'utiliser au mieux de la défense des intérêts du libéralisme conforme à l'idéologie dominante.

On constate que la santé publique n'est pas animée par des individus égaux oeuvrant au mieux de la satisfaction des besoins sanitaires sur une toile de fond homogène. En vérité, on peut faire la comparaison avec un jeu d'échecs, avec les noirs et les blancs (les médecins et les autres), avec des pièces de valeur et de moyens différents (la hiérarchie), et dont l'équilibre est assuré par un seul joueur (l'état), qui veille à ce qu'aucun avantage trop important n'intervienne en faveur de l'un des deux camps.

La médecine d'équipe modifierait de nombreux aspects de cette éthique médicale aliénée.

"Le nouveau rapport dans lequel la suppression complète du lien d'argent rassure pleinement le malade sur le désintéressement absolu du médecin. (Je dis désintéressement financier opposé à desintéret humain, considérant que l'intérêt humain est souvent inverse-proportionnel à l'intéressement financier.)"

(Docteur Robert Weiss : "la Feuilleraie : bilan de dix années. Vers une nouvelle éthique médicale".)

° Voir annexe n° 5.

1°) Relations avec les malades.

Le mythe et le mystère générateurs de prestige et justifiant les honoraires élevés n'ont plus de raison d'être, puisque les médecins de l'équipe sont salariés : les honoraires disparaissent, de même que le paiement à l'acte, l'ésprit concurrentiel, la hiérarchie. Cette démystification du médecin ne diminue pas sa valeur intrinsèque mais transforme seulement l'idée que l'on se faisait de sa pratique. Ce n'est plus un art mais un métier. Seule reste, en présence du malade la capacité de travail du médecin qui peut utiliser librement ses connaissances sans être influencé par une conscience aliénée et dominatrice. Le médecin devient un travailleur parmi les autres. C'est alors d'égal à égal que les malades peuvent le rencontrer et le consulter. La disparition du mythe médical implique aussi la disparition du rapport de sujétion médecin-malade dont on a parlé plus haut.

Le malade ne peut plus posséder son médecin (ou acheter un acte médical), cyniquement, comme celà se produit parfois dans le cadre libéral. Ainsi, en s'appuyant sur ses connaissances, le médecin peut-il plus aisément signifier à un malade que son appel (de nuit par exemple) est incongruent.

N'étant plus astreint au prestige, le médecin peut descendre de sa "tour d'ivoire" sur la place publique et pratiquer une éducation sanitaire auprès des populations. Ceci permettrait entre autre d'expliquer pourquoi quand et comment on doit faire déplacer le médecin ou, au contraire, se déplacer soi même à son lieu de consultation.

Le libre choix du médecin par le malade reste respecté. Mais, alors qu'il est faussé, dans le système libéral, où le malade choisit son médecin sur l'apparence qu'il donne de sa pratique, dans le cadre d'une médecine d'équipe démystifiée, le malade pourrait mieux choisir son médecin en fonction du potentiel d'efficacité médicale. Et même, un spécialiste consulté à tord pourrait renvoyer le malade vers la bonne direction, puisque la concurrence, la hiérarchie, le profit sont exclus.

Enfin, on pourrait assister à une plus grande liberté dans les rapports corps-médical-population. C'est ce qui a été réalisé dans certains cas où des équipes médicales se sont implantées en relation avec des centrales syndicales.

2°) Relations avec l'administration.

Dans tous les cas de médecine d'équipe, l'existence d'un employeur implique l'apparition de relations administratives. Il est nécessaire aux équipes médicales de travailler en relation avec les

administrations responsables de la santé publique, pour obtenir une efficacité optimale grâce à une coordination efficace. Dans le cas où il est fait recours au tiers payant, cette collaboration est évidente. Sur le plan de l'éthique médicale, la nouveauté consiste dans l'aspect indispensable et inévitable des relations avec l'administration. Cette confrontation est d'ailleurs parfois à l'origine de différents dont le règlement nécessite parfois beaucoup de diplom atie et de compréhension réciproque. On reviendra plus loin sur les problèmes administratifs posés par la notion de secteur de santé et sa réalisation pratique.

3º) Relations avec les autres structures médicales.

C'est principalement sur le plan hiérarchique qu'elles sont modifiées par la médecine d'équipe.

D'une part, le mythe médical qui tend à disparaître permet au médecin d'équipe d'être moins sensible au phénomène hiérarchique. En effet, la hiérarchie aliénante ne peut être respectée que par un individu conditionné par cette aliénation, donc aliéné lui même. Dès que l'individu en devient conscient, il lui devient plus aisé de s'en dégager, de faire en sorte qu'il puisse se situer en dehors. Dans ce cas particulier, le médecin d'équipe se situe en dehors de la hiérarchie médicale dont les effets et les conséquences n'ont plus de prise sur lui. D'où la possibilité de disparition de la relation maître-élève.

D'autre part, l'exercice en équipe rehausse le niveau technique de la médecine extra-hospitalière. Il met en place des structures plus efficaces, ce qui fournit un argument de poids pour s'opposer au phénomène hiérarchique. Dans un même ordre de mesure, bien que d'une manière différente, l'omnipraticien d'autrefois devient un généraliste : sa fonction est alors rénovée, réhabilitée et réadaptée par rapport au progrès médical. Dans le cadre de la médecine d'équipe, le généraliste peut donner un plein épanouissement à son métier. Ce facteur aussi intervient dans l'applanissement du phénomène hiérarchique, en faisant en sorte que le médecin de famille ne soit plus la structure décadente de la médecine.

Sur le plan éthique, on vise à prouver que tout médecin en exercice remplit la fonction médicale, sans discrimination concernant ses buts et ses moyens. En effet, que les moyens de cette fonction soient différents, n'implique aucunement des différences de la valeur de cette fonction. Opérer à coeur ouvert ou rassurer une famille inquiète sur le sort de l'enfant fiévreux, c'est toujours de la médecine. Les critères qui prétendent que l'une est plus importante que l'autre relèvent de l'idéologie du spectaculaire, mais pas

des nécessités d'une médecine de l'homme total. L'acte médical, quel qu'en soit la nature est toujours un acte nécessaire au bien-être d'un malade. C'est là le seul critère permettant de définir l'efficacité médicale.

Sur le plan pratique, une telle conception permet d'éliminer certains facteurs intervenant dans les motivations du devenir professionnel en rapport avec les pressions idéologiques et sociales, et dont on a vu précédemment qu'ils étaient à l'origine de fausses motivations. On peut ainsi favoriser l'apparition de véritables vocations de médecins généralistes dont le manque, paraît-il, sera crucial dans les années à venir.

4°) Relations entre les médecins de l'équipe médicale.

Le principal problème d'éthique est celui du partage du secret professionnel. Le médecin a le droit de constituer des dossiers médicaux pour mémoriser les éléments qu'il juge intéressants.

Dans le cadre hospitalier, le médecin chef de service est propriétaire des dossiers "es qualité". Autrement dit, lorsqu'il quitte son service, il n'a plus la qualité de chef de service et transmet les dossiers à son successeur. Ainsi la continuité des soins et le travail en équipe sont-ils (théoriquement) assurés.

Dans le cadre non hospitalier, le médecin est personnellement propriétaire des dossiers qu'il ne peut pas transmettre à son successeur. Donc, au sein d'une équipe médicale, le secret professionnel ne pourrait pas être partagé, en principe. Considérant les besoins qui se dégagent des impératifs du progrès médical, il serait nécessaire qu'une précision déontologique intervienne pour consacrer le partage du secret professionnel entre les médecins appelés au traitement d'un même malade.

5°) Relations avec le conseil de l'ordre des médecins.

Elles sont difficiles. Le consei de l'ordre a toujours manifesté une vive hostilité à la constitution d'équipes multidisciplinaires. Cette opposition s'atténue actuellement. Il est certain que l'intervention d'un tiers, l'employeur, modifie les données de la déontologie et de l'éthique médicale. Les pouvoirs publics ayant depuis toujours refusé d'édicter un statut de la médecine d'équipe, c'est le conseil de l'ordre qui en demeure la juridic-

tion disciplinaire. Il y a contradiction, car la médecine d'équipe diffère de la médecine libérale par de nombreux aspects. Le conseil de l'ordre, structure régissant la médecine libérale, est en fait imposé à la médecine d'équipe, en dépit de multiples incohérences et contradictions structurelles. Par ce biais, on parvient à limiter le développement de la médecine d'équipe.

TIERS PAYANT, CONVENTIONS COLLECTIVES ET MEDECINE D'EQUIPE.

L'idéologie de la médecine d'équipe vise à supprimer tout lien d'argent entre le médecin et le malade. Pour ce faire, on a pensé que la sécurité sociale pourrait jouer le rôle d'un tiers représentant les consultants chargé de payer les honoraires à la place du malade, c'est à dire le rôle d'un tiers payant.

La sécurité sociale n'a pas mis en place ses propres centres de santé. Les médecins désireux d'exercer en équipe avec le système du tiers payant ont donc eu recours à des employeurs à caractère social : les municipalités et les mutuelles qui sont habilitées à passer des conventions avec les caisses de sécurité sociale.

Trois écueils sont apparus, qui montrent à quel point la sécurité sociale n'est plus l'arme des travailleurs pour défendre leur santé, mais combien elle a été intégrée au système libéral auquel elle garantit de solides revenus, et aussi une aide puissante pour le préserver.

PREMIER ECUEIL.

Il est immédiat et financier : la sécurité sociale, dans ses conventions de tiers payant, impose un abattement de 10% sur tous les tarifs médicaux.

DEUXIEME ECUEIL.

Les médecins ainsi employés à temps plein, ne veulent pas exercer la médecine en dehors du cadre de leur activité salariale. On se demande d'ailleurs comment celà leur serait possible. En effet, une telle pratique les mènerait à faire une installation d'un cabinet libéral et à instituer deux pratiques parallèles, quasiment incompatibles, les faisant en outre rentrer dans le cadre libéral qu'ils refusent. D'autre part, la sécurité sociale , les syndicats médicaux refusent que la convention permette aux médecins d'équipe de faire des visites au domicile des malades. La continuité des soins est ainsi rompue. Les buts de la médecine d'équipe, parmi lesquels figure la volonté et la possibilité de dispenser une médecine de meilleure qualité sont en partie effacés. La faculté de visiter leurs malades à domicile est donc la principale revendication des médecins des centres de santé municipaux de la région parisienne.

TROISIEME ECUEIL.

Il tient aux syndicats médicaux. En effet, en cas de conventions collectives, un accord implicite fait que la sécurité sociale refuse de jouer le rôle de tiers payant. Bien sur, celà permettrait à certains médecins

d'être régis par des conventions particulières autres que les conventions collectives. Plus particulièrement, l'absence de paiement direct est invoquée par les syndicats médicaux (et le conseil de l'ordre), comme un élément de concurrence déloyale ; et les syndicats médicaux n'ont pas hésité à brandir la menace du déconventionnement pour parvenir à leurs fins. (De cette manière, ils ont aussi montré le peu de cas qu'ils font des usagers de la médecine ! ) Dans ces conditions, la sécurité sociale ne peut jouer le rôle de tiers payant que dans les régions où il n'y a pas de conventions collectives, c'est-à-dire :

- région parisienne ;
- région lyonnaise ;
- région marseillaise ;

On comprend pourquoi les centres de santé se sont très rarement implantés ailleurs, lorsque les syndicats médicaux ont accepté de fermer les yeux;

Les conventions collectives ont été un frein puissant au développement de la médecine d'équipe. Qu'en sera-t-il avec la convention nationale ?

## FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE MEDICALE.

1º) Financement

Les locaux et le matériel sont fournis par l'employeur. Des subventions peuvent être accordées par diverses communautés, (municipalités, sécurité sociale, mutuelles....) pour le financement immobilier et matériel de la maison médicale, ainsi que pour couvrir un éventuel déficit.

2º) Recouvrement des actes médicaux et tarifs.

L'employeur assure le recouvrement des actes médicaux et des honoraires correspondants. D ans le cas du tiers payant, les malades n'ont pas à assurer le paiement direct à l'exception du montant du ticket modérateur, pour ceux qui ne sont pas affiliés à une mutuelle : les consultants n'ont qu'à remplir les papiers et imprimés administratifs à la caisse de maison médicale qui se charge ensuite du recouvrement auprès de la sécurité sociale et des divers organismes payeurs.

Dans tous les cas, les médecins exerçant en équipe préfèrent limiter au maximum les relations pécuniaires avec les malades.

Le paiement reste à l'acte sur les bases tarifaires du secteur libéral, puisqu'il n'existe pas de statut de la médecine d'équipe. Lorsqu'il est fait recours au système du tiers payant, il y a un abattement de 10% sur les tarifs des actes médicaux.

3º) Rentabilité de la maison médicale.

Il est habituel que les équipes médicales soient déficitaires, de 10% environ. Ce déficit correspond :

- à l'abattement de 10% que fait la sécurité sociale sur les tarifs des actes médicaux dans le cas du tiers payant (cas habituel des centres de santé actuellement mis en place).
- à l'équipement technologique des maisons médicales qui est très souvent supérieur à celui du secteur libéral, donc plus coûteux ;
- à l'absence de spécialistes dans les équipes nouvellement constituées.

La pratique montre que, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, le secteur médecine générale est déficitaire. Ce déficit est à peu près comblé par le secteur des spécialistes qui, lui, est bénéficiaire. D'où le déficit des nouveaux centres de santé qui n'emploient pas encore de spécialistes.

4º) Horaires de travail

En principe, ils sont fixes. Ils varient selon les équipes. En fait, les médecins acceptent généralement des horaires assez "élastiques". Le meilleur principe est celui selon lequel l'horaire détermine moins la durée du travail du médecin que celle pendant laquelle il est certain de ne pas être dérangé. Un tour de garde peut ainsi s'instituer entre les généralistes de l'équipe (par exemple, de 13 heures à 14 heures et de 21 heures à 8 heures.).

De cette manière, le médecin, tout en limitant sa journée de travail à 8 heures environ reste disponible 12 heures par jour pour les urgences. Si la demande de soins entraîne une surcharge des médecins pendant plusieurs mois consécutifs, l'équipe doit procéder au recrutement d'un membre supplémentaire. On doit se baser sur un rythme de travail de médecine "lente", c'est-à-dire de 3 actes à l'heure environ.

5º) Constitution de l'équipe médicale.

Au départ, il est souvent impossible d'intégrer des spécialistes. Ce n'est qu'après un certain temps d'exercice en médecine générale sur le secteur de la maison médicale que les besoins en consultations spécialisées se dégagent, en fonction de la morbidité locale. A priori, les consultations de gynécologie-obstétrique, O.R.L., radiologie, pédiatrie et psychiatrie sont les plus fréquentes. Le but à atteindre est d'adapter les possibilités médicales aux nécessités locales.

Par conséquent, certains spécialistes ne sont employés qu'à temps partiel, d'autres à temps complet, au fur et à mesure que des besoins sanitaires nouveaux se manifestent. Parfois, des médecins peuvent utiliser la totalité de leur temps entre 2 ou 3 maisons médicales suffisamment rapprochées. C'est ce que l'on observe dans la région parisienne, où des centres de santé se sont implantés en nombre suffisant pendant les dernières années.

6º) Réunions de synthèse.

L'expérience de Balint a montré l'importance et l'utilité de telles réunions. Elles ne peuvent se dérouler que dans un climat de confiance réciproque où les médecins acceptent de se remettre en question et de critiquer leur propre travail. D'où la nécessité d'éliminer la concurrence et la hiérarchie.

Ces réunions ont pour but de chercher la meilleure attitude thérapeutique pour des malades qui posent des problèmes particuliers, que ce soit sur le plan psycho-somatique ou à propos d'un diagnostic difficile,

atypique, rare,...etc... Ces réunions ont aussi pour but d'entretenir l'esprit d'équipe. Il est bon que le généraliste rencontre le spécialiste qui s'est occupé de l'un de ses malades autrement que par l'intermédiaire du dossier médical.

Ces réunions de synthèse doivent aussi envisager les problèmes plus généraux de la maison médicale au sein de la population : comment équiper, aménager, faire évoluer la maison médicale et l'équipe au mieux des intérêts sanitaires de la population ? A ce propos, des contacts avec les autres structures sociales ou administratives sont souhaitables.

Enfin, ces réunions de synthèse jouent un rôle formateur auprès des médecins de l'équipe par la confrontation de pratiques différentes et aussi de connaissances différentes (générales et spécialisées). Cette simple confrontation constitue un facteur d'enseignement post universitaire. Par ailleurs des réunions d'enseignement post-universitaire peuvent avoir lieu, l'un des médecins devant traiter un sujet précis ou une mise au point, éventuellement à l'occasion de difficultés rencontrées auprès d'un malade.

## BUTS ET MOYENS D'AVENIR DE LA MEDICINE D'EQUIPE.

On a déjà vu dans les chapitres précédents les buts et moyens statutaires de l'équipe médicale sur lesquels on ne reviendra pas. IL s'agit maintenant d'examiner les possibilités pratiques de la maison médicale. D'une manière générale, elle permet de mettre en oeuvre des moyens qui, tous, sont bénéfiques aux consultants et échappent inéluctablement au champ d'action de l'exercice individuel.

### 1º) Améliorer le confort des malades.

Conséquence de : la médecine "lente" : les médecins ne sont pas surchargés. Pour une urgence, l'intervention rapide (de l'ordre de 1 à 2 heures) de plusieurs médecins de disciplines différentes est envisageable. On peut aussi organiser les rendez vous, pour bilan nécessitant l'intervention de plusieurs spécialistes, de manière que tous les examens se succèdent rapidement les uns aux autres : tout est "fait" en quelques heures, sans que le patient soit contraint à de multiples déplacements couteux, fatiguants, faisant perdre du temps. Le rendez-vous de ce type peut être fixé dans un délai très bref : 1 à 2 jours. On évite ainsi de nombreuses hospitalisations.

### 2º) Bilans de santé, dépistage.

Parfois mieux connus sous le nom de "Cheek up" qui vient des Etats Unis où cette pratique s'est développée. Il s'agit, dans un temps minimum, de faire un maximum d'examens, soigneusement choisis et répertoriés, selon une méthode stéréotypée, afin de pouvoir tester globalement l'état de santé d'un individu à un moment donné de son existence. Le problème est d'obtenir un maximum d'informations pour un temps minimum, un prix minimum, une signification maximum. Ces bilans associent le plus souvent :

- un questionnaire,
- un examen clinique,
- des examens spécialisés : examen gynécologique, rectosigmoïdien, dentaire, gastroscopie, recherche du cancer de la prostate,....
- et une batterie d'examens de laboratoires :
  - parisotologie, cytologie, batériologie de prélèvements urinaires et vaginaux,
  - N.F.- albuminerie et glycosurie- transamisases
  - glycémie - ucirémie - phosphatases alcalines
  - azotémie - électrophorèse - test au thymol
  - taux d'hémoglobine - test du sulfate de zinc
  - fer sérique - calcémie - cholestérol
  - hématocrite - béta lipoprotéines...etc...

On voit que la liste des examens peut être longue. Elle varie selon les pratiques de bilans de santé, selon les équipes et le matériel dont elles disposent, selon le but recherché. En effet, la généralisation de tels bilans exige :

- une équipe pluridisciplinaire habituée à les réaliser ;
- un financement : il faut passer des conventions avec les organismes responsables de la santé publique, car la population accepterait mal de devoir payer individuellement ces bilans.

L'efficacité de ces bilans repose aussi en partie sur leur répétition. Les résultats obtenus, qui montrent 10 à 20% de sujets présentant des anomalies au stade infra-clinique, c'est-à-dire au stade le plus accessible à la thérapeutique, prouvent l'utilité de cette pratique. Les expériences réalisées à ce jour prouvent aussi son admissibilité par la population dans la mesure où la gratuité est assurée : 70 à 90% de participation spontanée, sur simple invitation. La rentabilité financière de ces bilans, bien que non prouvée, est très probable comme on l'a dit précédemment.º

Le cheek up n'est autre qu'une extension de la prévention telle qu'on la connait. Mais la faiblesse des dépistages actuels apparait si clairement qu'ils perdent peu à peu toute crédibilité. D'autre part, la dissémination de diverses structures de dépistage et de prévention entraîne une diminution de l'admissibilité des examens.

La difficulté réside dans l'organisation d'équipes pluridisciplinaires capables de réaliser ces bilans de santé. Le développement de la prévention réside aussi dans les salaires de misère habituellement octroyés aux médecins qui en ont la responsabilité : développement faible.

On peut souhaiter jumeler le dépistage réalisé par les bilans de santé et les programmes de prévention. Il serait certainement agréable et utile aux patients de faire faire leurs appels de vaccinations en même temps que le bilan de santé, ce qui supposerait, un peu comme pour les avions, une "visite véritas" tous les 5 ans.

La maison médicale pourrait y subvenir.

3º) Informatique et électronique médicale.

L'informatique n'est qu'une branche de l'électronique, dont l'irruption dans le secteur sanitaire, vieille de quelques années, pourrait bien révolutionner l'ensemble des bases de l'exercice médical, depuis son enseignement, jusqu'à la retraite du médecin. On ne pourra qu'évoquer, dans le cadre de cette étude, les immenses possibilités qu'ouvre l'électronique à

º Voir chapitre : relations entre les diverses structures médicales : problèmes économiques.

la médecine et qui tiennent en un mot : l'éventualité d'un jour médical nouveau.

Qu'un cerveau électronique puisse un jour interroger les malades, analyser les informations, fonder un diagnostic et préconniser une conduite thérapeutique aussi bien, sinon plus infailliblement, que le font les actuels médecins,.... cette idée est encore rejetée par la grande majorité du corps médical qui se refuse à en admettre ne serait-ce que l'éventualité, alors qu'il semble bien établi, aujourd'hui, que cette possibilité soit confirmée.º

Il faudra encore bien des années avant que les techniciens chargés de programmer des ordinateurs remplacent les médecins. Mais, dès maintenant, l'électronique présente des réalisations pratiques extrêmement intéressantes.

Au premier plan, on doit signaler les appareils d'analyse chimique, dont la compagnie Technicon France présente une gamme satisfaisante. Il s'agit de réduire un laboratoire d'analyses médicales aux plus petites dimensions possibles, avec un rendement maximum du temps et des finances. Certains ordinateurs peuvent analyser 18 composants chimiques sanguins différents, sur 35 prélèvements, en une heure, soient 630 résultats. De plus, la compagnie qui commercialise ces appareils pratique le système de la location, avec tarifs dégressifs proportionnellement au nombre d'analyses. On voit que l'électronique est une arme capitale pour la généralisation des bilans de santé, mais aussi pour établir rapidement des diagnostics incertains,.... etc...

Deuxième aspect : stockage des dossiers et informations, transmission, lecture rapide.ºº

- Stockage des dossiers établis par les médecins : il est nécessaire de les transcrire en cartes perforées lisibles pour l'ordinateur. C'est le travail le plus important qui doit se réaliser dans un atelier de mécanographie.
- Stockage des informations issues d'un analyseur : il peut se faire directement, l'analyseur donnant simultanément les résultats sous forme dactylographiée et sous forme de fiches perforées pour ordinateur.
- Transmission : les informations stockées sur ordinateur peuvent être transmises automatiquement par une simple ligne téléphonique du réseau normal.ººº D'où la possibilité de réunir un ordinateur de

º et ºº Voir annexe nº 6

ººº A cet égard, l'existence regrettable mais indéniable de tables d'écoute constitue un handicap.

stockage d'informations à plusieurs maisons médicales.

- lecture rapide : par ordinateur et inscription dactylographiée par une machine à écrire automatique commandée par l'ordinateur.

Troisième aspect : obtention de documentation générale. Exemples :

- documentation médicale : bibliographie, mises au point....
- prix et avantages comparatifs de divers traitements concernant une maladie,....

En ce qui concerne la médecine d'équipe, les ordinateurs de la famille des analyseurs peuvent être acquis relativement facilement, car ils sont vite rentabilisés. Les ordinateurs d'informatique traitent les problèmes plus rapidement. Leur prix est aussi élevé ; ils ne pourraient donc être envisagés que dans le cadre d'une chaîne de maisons médicales, ou dans le cadre d'une organisation de type secteur de santé, réunissant des structures médicales diverses.

4º) Prévention.

Elle n'est pas prise en charge par la sécurité sociale. Son organisation repose donc sur des conventions passées avec les administrations qui en ont la charge : département et municipalités.

5º) Hopital de jour et hospitalisation à domicile

Pour le bon fonctionnement de ces deux types d'exercice, il faudrait certainement qu'une coopération puisse s'établir sur des bases durables entre les médecins des hopitaux et les médecins extra-hospitaliers. Ce type d'hospitalisation s'adresse, par exemple, à des convalescenes post-hospitalières, ou à des préparations préopératoires, ou à des malades dont l'état nécessite une surveillance particulière de la part d'une structure médicale plus efficace et techniquement plus compétente que l'omnipraticien. Dans nombre de cas, en effet, il serait possible d'éviter l'hospitalisation des malades qui en tirent alors un grand bénéfice sur le plan psychique, familial et même social, sans voir leur santé compromise sur le plan physique Cette pratique n'est compatible qu'avec un exercice médical à but non lucratif, qu'avec une médecine lente et non concurrentielle, permettant au médecin de surveiller le malade et, éventuellement, de faire appel à des spécialistes. Ainsi, la continuité des soins seraient assurés, en même temps qu'un grand confort serait mis à la disposition du malade.

On n'insistera pas sur ces perspectives qui concernent un avenir probablement lointain.

6º) Accueil des malades.

La médecine d'équipe se propose de donner aux malades un plus grand confort sur le plan fonctionnel lié à la forme de la structure. Or, chaque fois qu'il y a regroupement d'éléments épars, il y a phénomène de concentration et tendance à la déshumanisation. C'est un écueil éventuel pour toute maison médicale.

Pour y remédier, ou mieux pour le prévenir, la maison médicale doit s'attacher à fournir aux consultants un accueil sécurisant et permettant aux individualités de s'y manifester : en particulier, il faut tout mettre en oeuvre pour que les patients en soient pas victimes du phénomène écrasant de l'anonymat de la foule. On opte donc pour :

- un bureau d'accueil qui ne soit pas seulement un guichet de renseignements, mais aussi un lieu où l'on peut parler seul à seul avec l'hotesse. Dans le cas où l'équipe médicale comprendrait une assistante sociale, il serait pratique que son bureau cotoie celui de l'hotesse d'accueil.
- un système de boxes simples et confortables, dans le hall d'entrée, avec tablettes, permettant aux consultants de remplir les papiers et imprimés concernant les soins qu'ils recevront ou auront reçus.
- une architecture simple, fonctionnelle, d'aspect confortable, bien insonorisée et, surtout, de dimensions réduites au minimum : pas de grand hall d'entrée, pas de grand escalier d'honneur, pas de couloirs interminables, pas de bureaux immenses. Les consultants doivent avoir la sensation que la médecine est à leur portée sans qu'il soit besoin de parcourir un long chemin pour l'atteindre.
- des bureaux de consultation médicale individualisés.
- une salle d'attente pour deux médecins maximum. Ceci, joint à la pratique d'une médecine lente, non surchargée, c'est-à-dire où l'on peut ne pas faire attendre les malades, doit permettre de leur éviter la stupeur que provoque leur irruption dans une foule de "chiens de faïence" que sont les salles d'attente bondées.

7º) Services divers d'action sanitaire et sociale qu'on ne fera que citer :

- assistance sociale ;
- service d'aides familiales et ménagères ;
- service d'infirmerie (pansements, piqûres,....) pouvant éventuellement se rendre au domicile des malades ;
- service d'éducation et d'information sanitaire avec participation conjointe de l'ensemble du personnel de la maison médicale et de tiers extérieurs au service de santé ;

- service de garde des enfants pendant que les parents sont en consultation ;....etc...

Ces moyens sont fonction du milieu social dans lequel est implantée la maison médicale, et des possibilités consenties par les collectivités locales. En effet, le déficit habituel de la médecine d'équipe est en partie lié aux services sociaux qu'elle s'est appliquée à réaliser.

8º) A long terme, la maison médicale pourrait servir de cadre à un enseignement de la médecine.

Depuis plusieurs années, il est régulièrement question d'envoyer des étudiants en stage chez des médecins qui les accepteraient. Dans le cadre libéral de médecine du profit, on peut craindre que des médecins peu scrupuleux ne tentent d'exploiter les étudiants ainsi mis à leur disposition dans le but de leur faire exécuter (illégalement) certains actes médicaux, ou certains travaux n'ayant rien à voir avec un stage d'études médicales (secrétariat en particulier). Cet écueil doit (théoriquement) disparaître dans une médecine d'équipe à but non lucratif. Du point de vue de l'étudiant, un tel stage pourrait être enrichissant, d'une part en raison du faible nombre de stagiaires qu'accepteraient les équipes, d'autre part en raison des possibilités médicales pratiques que pourrait présenter cette forme d'exercice : formation pratique sur les problèmes de dépistage, de prévention ; de bilans de santé systématiques, de soins, et de diverses spécialités, dans un cadre individualisé.

D'autre part, ces stages participeraient à la recherche de solutions à la surcharge des hopitaux qui deviennent trop petits pour assumer un enseignement de qualité pendant un nombre d'années d'études suffisant.

Conclusions.

Les buts et moyens que l'on vient d'énumérer ne sont ni obligatoires ni limitatifs. Ils nécessitent l'octroi de moyens financiers et le recours à beaucoup de recherche d'organisation et de cohésion entre les médecins. Leur mise en place ne peut guère se concevoir sans la participation des usagers, des collectivités locales et des structures administratives et sociales responsables de la santé publique, non plus que sans une problématique "bonne entente" entre l'équipe et les autres structures médicales.

La mise en place de telles équipes amène à envisager la définition de secteurs de santé dont elles auraient la responsabilité, mais dont on ne peut entrevoir la réalisation dans l'immédiat.

Enfin, de manière synthétique, la maison médicale idéale apparait comme une unité :

- de prévention,
- de dépistage,
- de soins,
- d'éducation sanitaire,
- d'enseignement médical,
- d'action sanitaire et sociale dans certains domaines.

On verra plus loin que cette unité idéale peut aussi s'appliquer à une unité écologique dans l'avenir.

SECTEUR DE SANTE ET PROSPECTIVE ECOLOGIQUE

Le terme secteur de santé s'adresse à une zone géographique. On a vu, dans le chapitre approche de la notion de droit à la santé, que la santé dépasse le cadre de la médecine traditionnelle, ainsi que celui de la médecine la plus éclectique qui se puisse concevoir. Néanmoins, pour tout ce qui est médical à proprement parler, l'équipe et son substrat, — la maison médicale, — ne peut qu'être partie prenante dans l'organisation et la défense de la santé du secteur géographique dans lequel elle est implantée.

Comme le droit à la santé, en évolution constante, le secteur de santé est extrêmement variable d'un endroit à l'autre. Dans Paris, immense unité écologique, on peut différencier des sous-unités aux caractères fondamentalement différents, particulièrement sur le plan de l'aménagement social des structures sanitaires, par exemple entre les 16ème et 20 ème arrondissements. De même, dans la banlieue bordelaise, entre Caudéran et Bègles. Le secteur de santé est une notion : on doit donc s'en tenir à quelques grands principes pour introduire la conception que l'on peut en avoir :

- continuité des soins assurée au maximum,
- avec comme corollaire, la nécessité de regrouper tous les services sanitaires du domaine de la médecine, y compris la médecine du travail, qui pourrait ainsi se dégager totalement de l'emprise du patronat dont elle est actuellement si facilement tributaire,
- organisation adaptée aux conditions locales, avec, comme extrême idéal, une possibilité d'adaptation au cas de chacun.

L'établissement de structures sanitaires de secteur mène à la constitution d'équipes de secteur homogènes, leur conférant même une certaine puissance. On entrevoit alors le risque que cette équipe médicale devienne un "monstre à cinq têtes" et se serve de sa structuration pour exercer un pouvoir sur la population et contre la population. º

On voit une nécessité nouvelle pour une gestion mixte du secteur de santé qui ne pourrait trouver sa pleine efficacité et de garantie de

º La récente prise de position du conseil national de l'ordre des médecins sur le problème de l'avortement n'en est-elle pas un exemple ?
" Le conseil national de l'ordre déclare qu'il mettra tout en oeuvre pour
" " éviter aux médecins leur participation à ce type d'avortements pour
" convenances personnelles <u>si la loi devait l'admettre.</u>"
Or, si la loi admet ce type d'avortement, le devoir du médecin sera de respecter les critères de la relation spécifique médecin-malade : faire ce que ferait le patient à sa place s'il avait la connaissance médicale.

pour exercer un pouvoir sur la population et contre la population. º

On voit une nécessité nouvelle pour une gestion mixte du secteur de santé qui ne pourrait trouver sa pleine efficacité et la garantie de sa neutralité que sous le contrôle des usagers et de leurs représentants, mais grâce aussi à l'impulsion qu'ils pourraient lui donner.

Enfin, dans une prospective écologique à long terme on doit faire remarquer que l'équipe médicale et le principe du secteur de santé s'intègrent parfaitement aux suggestions prévisionnelles de l'équipe du professeur Meadows du M.I.T., dont on présumera certaines comme suit. ºº

" Les concentrations urbaines l'ont cédé à des communes
" agro-industrielles équilibrées, à peu près autarciques pour les
" produits courants n'exigeant pas de grandes installations lourdes
" (....) C'est aussi le meilleur moyen d'économiser les ressources
" énergétiques : passé un certain seuil, la grande ville est beau-
" coup plus coûteuse - en transports, routes, égouts, adductions
" d'eau, etc... - que les villes plus petites. Enfin, ce n'est que
" dans les communautés intégrées, "à l'échelle humaine", que l'ajus-
" tement de la production aux besoins et des besoins aux ressources
" - ainsi que le souci de ménager et de soigner l'environnement -
" peuvent reposer sur des décisions collectives plutôt que sur des
" contraintes bureaucratiques et policières."

º La récente prise de position du conseil national de l'ordre des médecins sur le problème de l'avortement n'en est-elle pas un exemple ?

" Le conseil national de l'ordre déclare qu'il mettra tout en oeuvre
" pour éviter aux médecins leur participation à ce types d'avortements
" pour convenances personnelles si la loi devait l'admettre."

Or, si la loi admet ce type d'avortement, le devoir du médecin sera de respecter les critères de la relation spécifique médecin-malade : faire ce que ferait le patient à sa place s'il avait la connaissance médicale.

ºº Ces propositions, communes au M.I.T. et à l'équipe du "plan pour la survie" anglais, trouveraient aussi leur application pratique sur une grande échelle dans les communes chinoises. Cette hypothèse d'avenir ne doit donc pas être négligée.

CHOIX DES STRUCTURES.

L'implantation d'une équipe médicale impose des choix en fonction des facteurs géographiques.

1º) Zone urbaine.

La concentration de l'équipe et de ses moyens "logistiques" peut se faire en un seul point, en raison de la densité de la population.

L'employeur qui semble le mieux adapté à court terme est la société médicale et, à long terme, la municipalité, lorsque les centres de santé municipaux auront acquis la possibilité de faire les visites à domicile, c'est-à-dire de cesser d'être des dispensaires, comme on le leur impose actuellement. Une médecine d'équipe d'agglomération pour les communes de moyenne importance ou de quartier pour les grandes villes, peut être mise en place.

2º) Zone rurale.

Les structructures doivent être plus souples. Une équipe doit pouvoir étendre ses soins sur plusieurs communes de tendance politique parfois différente. D'autre part, la dissémination d'un habitat épars et étendu empêche quasiment toute concentration intensive.

En principe, la seule solution serait un regroupement partiel dans un chef-lieu de canton, avec un centre médical assurant le fonctionnement de la majorité de l'équipe et des structures de la technicité : radiologie, analyses, chirurgie ou obstétrique (éventuellement), ...etc... Dans ce centre, les spécialistes sont groupés, avec quelques généralistes.

D'autre part, en relation avec ce noyau central, des centres secondaires et non spécialisés, mais dont les médecins participent à la vie de l'équipe :

- réunions de synthèse,
- enseignement post-universitaire,
- gestion (ou cogestion),...etc...

et qui peuvent aussi accueillir les spécialistes de l'équipe, en consultation. L'employeur idéal d'une telle structure serait la mutuelle interprofessionnelle.

IMPLICATIONS UNIVERSITAIRES DE LA MEDECINE D'EQUIPE.

On peut évoquer, comme cause d'échec de la médecine d'équipe l'égalité de rémunération entre généralistes et spécialistes. En effet, le généraliste a pu gagner sa vie, alors que le spécialiste poursuivait ses études. Il semble donc justifié que le spécialiste désire une contre-partie à ce manque à gagner immédiat et relatif. C'est pourquoi des solutions doivent être proposées.

1º) L'exercice en équipe possède un attrait que n'a pas le secteur libéral :

- satisfaction de fournir une médecine de qualité ;
- agrément du travail en équipe ;
- pratique moins aliénante par suppression du lien d'argent avec les malades ;
- avantages sociaux du salariat (retraite des cadres principalement) ;
- installation plus facile, puisque c'est la maison médicale qui prend à sa charge les frais immobiliers et les investissements en matériel médical : et lorsqu'on sait le prix d'une bonne installation de radiologie, ou d'un fond de pharmacie, ou d'un laboratoire d'analyses médicales,.... cet argument peut attirer de nombreux spécialistes débutants ;

2º) Il n'est pas impossible d'envisager la possibilité, pour les maisons médicales, de rémunérer les médecins durant leurs études de spécialité. Celà revient à adopter le système du contrat de travail déjà en vigueur dans l'éducation nationale. L'armée, certaines entreprises privées (qui rachètent les contrats des polytechniciens, par exemple.).

3º) Le mieux serait l'institution d'un tronc ommun d'études de médecine de 4 ou 5 ans suivi par une période de spécialisation de 2 ou 3 ans, la médecine générale étant alors pratiquée comme une spécialité dont les principaux caractères spécifiques sont :

- la formation psycho-somatique ;
- la fonction d'orientateur et d'homme de synthèse du médecin généraliste ;
- la formation sociologique ;
- la formation aux techniques de dynamique de groupe ;
- le dépistage ;
- la prévention ;
- des notions de règlement administratifs ;.... etc....

Ce projet existe à l'état de revendication depuis longtemps parmi les étudiants en médecine. C'est aussi le propos des médecins exerçant en équipe. C'est enfin ce que réalisent pratiquement certaines écoles de médecine américaires dont la valeur est incontestable.

# TROISIEME PARTIE.

## EXPERIENCES PRATIQUES :

## EXEMPLES D'EQUIPES MEDICALES.

UN EXEMPLE DE MEDECINE COLLECTIVE : "LA FEUILLERAIE" A MARSEILLE.

Il s'agit d'une des premières tentatives françaises réalisée dans le but de recherche de nouvelles formes d'exercice de la médecine. Comme chaque fois qu'une tentative de recherche de structures sociales fait appel à l'action de particuliers, et constitue une novation, on assiste à des tatonnements successifs riches en enseignements. La "Feuilleraie" n'a pas été dès ses débuts ce qu'elle est maintenant, comme on va en juger.

En 1952, quatre généralistes et un chirurgien ont constitué un groupe à Marseille, en adoptant le principe de la masse commune, c'est-à-dire le partage de leurs honoraires. Dès le départ, un double but a été fixé :

- médecine de qualité ;
- médecine tendant à la gratuité ;

Ce deuxième aspect s'appuyait déjà sur les tarifs de "responsabilité" de la sécurité sociale, avec le remboursement à 80%.

Ce groupement s'est installé dans le rez-de-chaussée d'une clinique privée dans laquelle le chirurgien opérait et hospitalisait ses malades. La dichotomie étant exclue, une masse fut institutionnalisée avec l'ensemble des honoraires : C.,V.,P.C.,K., puis répartie entre les médecins de l'équipe, en tenant compte non pas de la spécialité, mais des titres universitaires et de l'ancienneté dans la profession ( et non pas de l'ancienneté dans l'équipe ). Les différences de rémunération ne dépassaient pas 25 % .

Le groupe s'est ensuite agrandi de :

- un généraliste,
- un O.R.L.,
- un ophtalmologiste.

Le problème d'un local plus vaste s'est posé d'autant plus vite que les consultants, très satisfaits par ce système semble-t-il, étaient de plus en plus nombreux. L'attitude vis-à-vis de cette équipe médicale variait selon les milieux :

- le corps médical marseillais, surtout ses dirigeants, était hostile et l'accusait de faire de la médecine au rabais ;
- les consultants, milieu populaire, appréciaient la quasi gratuité et la gratuité complète à partir de K 50 pour les actes de chirurgie.

C'est d'ailleurs les usagers qui ont déterminé l'équipe à réaliser une installation qui, sans eux, aurait été impossible pendant longtemps.

" Les malades, classe ouvrière et petites gens de cette
" grande ville qu'est Marseille, poussaient nos camarades à aller
" de l'avant : " installez-vous chez vous, montez votre propre
" clinique ", ajoutant même souvent : "nous vous aiderons".

Une polyclinique fut ainsi envisagée, nécessitant deux ans de réflexion et de discussions, avant de voir le jour, et surtout un original collectage de fonds.

D'abord, pour l'achat d'un immeuble, les médecins durent réunir, en se cotisant, 19 millions d'anciens francs ( 190 000 francs lourds ). Pour ce faire, certains se sont endettés pour plusieurs années, à fonds perdus en quelque sorte. Trois autres médecins ( un généraliste, un radiologue, un chirurgien ), qui attendaient la polyclinique pour se joindre à l'équipe existante de 8 médecins, ont participé à ce financement.

Le deuxième aspect du collectage de fonds repose sur la participation des usagers : une société à capital variable fut créée, par la vente d'actions de 10 000 anciens francs ( 100 nouveaux francs ). Mais chaque actionnaire ne représentait qu'une voix, quel que soit le nombre d'actions qu'il possédait, ce qui apparentait cette société à une coopérative. Les malades purent ainsi participer à la constitution du capital de cette société.

" Tous nos actionnaires étaient égaux, (....) et nous
" étions sûrs qu'ainsi nos malades, pour qui tout celà se faisait,
" auraient toujours le pouvoir de maintenir l'entreprise dans le
" droit chemin. "

En effet, à plusieurs reprises, des capitaux importants furent proposés ( jusqu'à 30 millions d'anciens francs ) par des particuliers qui voulaient prendre la direction de l'entreprise, mais dans un but lucratif. Ce règlement intérieur fut donc une sage précaution. Seule la participation de deux syndicats C.G.T. fut acceptée. 100 millions d'anciens francs ( un million de nouveaux francs ) ont ainsi été collectés. Un dividende annuel de 6 % fut promis. ( L'absence de bénéfices semble avoir toujours empêché son versement. )

La "Feuilleraie" a ouvert ses portes en 1956 , sous la forme d'une polyclinique :

- médecine générale avec 12 lits de clinique médicale ;
- chirurgie avec 26 lits de clinique chirurgicale et un bloc opératoire ( stérilisation, anesthésie-réanimation, deux salles d'opération ) ;
- radiologie ;
- service infirmerie et salle pour soins externes ;
- et, en 1957, un laboratoire d'analyses, avec deux biologistes et une pharmacienne ;

Des problèmes d'organisation et d'administration ont été difficiles à résoudre :

- service administratif de secrétariat à l'usage des malades ;
- service administratif à usage du personnel ;
- organisation des roulements de personnel soignant et des services de gardes ;
- cuisines, standard téléphonique, ...etc...

D'où la nécessité d'une direction : un directeur administratif et un médecin chef, responsables devant le conseil d'administration.

L'organisation des visites à domicile fut un gros problème. Il n'était finalement pas souvent possible d'adresser au malade le médecin de son choix, pour le visiter à son domicile. Les malades se plaignaient ainsi de voir "défiler" chez eux les huit médecins généralistes de la Feuilleraie. De leur côté, les médecins déploraient d'avoir à parcourir la ville en tous sens, sans jamais revoir les mêmes malades. Les généralistes ont donc été groupés par deux, et la ville découpée en quatre secteurs.

Outre les gardes et les visites à domicile, la Feuilleraie s'est aussi organisée pour présenter les heures de consultation les plus larges possibles, jusqu'à 21 heures, le soir. Ce sont les "cabinets du soir" et les "cabinets du Samedi après-midi".

Enfin, le médecin chef, dont la résidence était très proche de la polyclinique ( 50 mètres ), a du assurer aussi la fonction de médecin résident pour "doubler" le médecin de garde.

C'est en 1957 que l'équipe a abandonné le système de la répartition de la masse des honoraires pour adopter le salariat médical, et ceci pour plusieurs raisons :

- refus du conseil de l'ordre : le partage d'honoraires entre spécialistes et généralistes était considéré comme de la dichotomie camouflée ;
- refus des contributions directes qui persévéraient à imposer chaque médecin en fonction des actes qu'il dispensait (c'est-à-dire en fonction des feuilles de sécurité sociale qu'il signait ), et non pas en fonction de la rémunération réelle qu'il recevait.
- crainte du risque, à long terme, que certains médecins ne soient tentés de multiplier les actes pour augmenter la masse et la répartition de chacun ;
- désir de supprimer tout aspect financier dans l'exercice professionnel, même indirect.

" .... c'est avec quoi ( la multiplication des actes ) ( que celà soit
" réel ou seulement possible ) nous avons voulu rompre sans retour. Il
" n'y avait pour celà qu'une solution pleinement valable : le salariat.
" ( .... ) Pour le médecin salarié, l'exercice de sa profession devient
" une fonction publique qu'il assure pour le bénéfice exclusif des malades ;
" il devient un technicien de la santé, un technicien hautement qualifié,
" certes, mais dont la rémunération ( fonction de son degré de qualification )
" est indépendante des actes médicaux qu'il a effectués.

Le passage au salariat s'est accompagné du départ de trois médecins généralistes et du recrutement d'un spécialiste cumulant l'O.R.L. et l'ophtalmologie, et de quatre généralistes. L'année suivante, une généraliste et un anesthésiste-réanimateur se sont joints à l'équipe.

L'indexation du salaire a fait l'objet de nombreux remaniements. º

Enfin, le statut juridique a été modifié en 1958, pour séparer la gestion et l'administration.

1º ) La société "La Feuilleraie", tire ses revenus de la location, à l'association des "Amis de la médecine sociale", de l'immeuble et du matériel dont elle reste propriétaire.

2º) L'association des "Amis de la médecine sociale", créée à cet effet et régie par la loi de 1901 ( avec les avantages fiscaux qui en résultent ), administre, gère et dirige l'activité de la Feuilleraie. Le conseil d'administration de cette association comprenait des militants d'organisations ouvrières, des responsables politiques, des dirigeants de mutuelles et de syndicats, des administrateurs C.G.T. de caisses de sécurité sociale.

º Voir annexe nº 8. Contrat de travail des médecins à temps plein : union départementale mutualiste des travailleurs des Bouches du Rhône.

Le directeur administratif et le médecin chef avaient voix consultative dans les réunions de bureau et du conseil d'administration. La nécessité d'une participation du collectif médical n'a pas tardé à se faire sentir. Malgré de nombreuses difficultés soulevées par le conseil d'administration, le collectif médical, constitué en conseil médical, a obtenu la voix consultative qu'il revendiquait.

Par la suite, la Feuilleraie a fonctionné en se développant relativement peu. Cette structure ne pouvait pas s'étendre davantage car elle a été conçue pour faire de la médecine de quartier. Le développement de la Feuilleraie l'aurait précipitée dans le cercle vicieux du système concentrationnaire :

- alourdissement considérable des services administratifs ;
- perte de la souplesse de fonctionnement des structures médicales au service de chacun ;
- difficulté d'une relation interpersonnelle d'équipe entre les médecins si leur nombre devient trop important ;
- quasi impossibilité d'étendre le champ d'action à de nouveaux quartiers sans renoncer partiellement au principe de la continuité des soins, particulièrement sur le plan des visites à domicile.

Il fallait créer de nouvelles structures. La Feuilleraie a donc adhéré à l'U.D.M.T. des Bouches du Rhône, en 1962, qui s'est chargée de cette tâche.

L'UNION DEPARTEMENTALE MUTUALISTE DES TRAVAILLEURS ou U.D.M.T.

Crée en 1937, une éphémère société mutualiste, dissoute en 1939, revoit le jour après la guerre sous le nom d'union départementale mutualiste de la C.G.T. . Par la suite, elle devient l'U.D.M.T. . Ses principes fondamentaux sont l'indépendance vis-à-vis des syndicats, du patronat, du gouvernement, des organisations politiques, mais pas obligatoirement la neutralité. La participation avec les collectivités locales est possible, à condition que chacun conserve sa personnalité. En vérité, il semble que l'U.D.M.T. soit fortemeent marquée par la tendance P.C.F., en raison du milieu ouvrier important qu'elle sert.

L'union comprend 90 sociétés, près de 200 000 familles affiliées et 1 500 administrateurs. Les risques couverts sont : les oeuvres sociales, la chirurgie, l'hospitalisation médicale, la caisse autonome accidents-décès et l'abonnement au journal de l'union.

Les mutuelles de base ont leur autonomie de gestion et de décision. Leur grand point commun est le principe de la cotisation familiale, tarif unique quel que soit le nombre des enfants à charge ( 22,00 francs pour les services médicaux ).

Les centres médico-sociaux, au nombre de 14, ne sont pas stéréotypés. Chacun a sa personnalité fonction des conditions locales et des méthodes d'implantation. Leurs différences, aussi bien dans le mode d'implantation que dans la nature des services qu'ils mettent à la disposition des usagers prouvent que l'U.D.M.T. oeuvre pour la mise en place de structures susceptibles de défendre le droit à la santé sur des critères dépassant le cadre strict de la maladie.

POLYCLINIQUE LA "FEUILLERAIE".

Allées de la Feuilleraie, Marseille (4ème)

Gérée par un conseil d'administration formé d'usagers actionnaires d'une association de la loi de 1901. Fusionne avec l'union en 1962. Demeure association. Gérée par l'U.D.M.T.

Située dans un quartier de Marseille en pleine expansion.

21 médecins exerçant à temps plein et à la vacation.

24 techniciens paramédicaux.

22 administratifs.

30 agents d'entretien.

Clinique médicale et chirurgicale,

Laboratoire,
Médecine générale,
Radiologie,
Centre de soins externes,
Chirurgie,
Cardiologie
Ophtalmologie,
Oto-rhino-laryngologie,
Dermato-allergologie,
kinésithérapie,
Soins infirmiers,
Assistante sociale.

MAISON MEDICALE PAUL PARET.

3, route de la Gavotte - Saint Antoine, Marseille (15ème).

Centre médical appartenant à l'U.D.M.T. et géré par elle. Mis en service début 1963. Quartier extrêmement populeux et en pleine expansion, à proximité de l'hopital Nord avec lequel le centre entretient d'excellents rapports.

18 médecins exerçant à temps plein et à la vacation.

8 techniciens paramédicaux.

13 administratifs.

Radiologie,
Centre de soins externes,
Chirurgie,
Ophtalmologie,
Neuro-psychiatrie,
Dermatologie,
Gynécologie,
Assistance sociale,
Laboratoire,
Médecine générale,
Oto-rhino-laryngologie,
Cardiologie,
Pneumologie,
Rhumatologie,
Soins infirmiers,
Conseillère juridique.

CENTRE SOCIAL POLLAK

17, rue Rodolphe Pollak, Marseille (1er)

S'adresse à toutes les catégories d'âges.

1 assistante sociale à temps plein.

3 aides maternelles.

3 vacataires : coupe, couture, permanence juridique.

Halte d'enfants,
Cours de coupe et de couture,
Permanences sociales,
Tricotage,
Permanences juridiques,
Bibliothèque.

CENTRE MEDICAL GASTON CROUZET

39, rue Grignan, Marseille (6ème).

Le premier créé des centres médicaux de l'union, et longtemps le plus important. Comporte surtout des spécialités.

5 médecins à temps plein ou à mi-temps.

26 médecins vacataires.

2 techniciens paramédicaux.

8 administratifs.

Centre de soins externes,
Cardiologie,
Gynécologie,
Neuro-psychiatrie,
Pneumologie,
Urologie,
Dermatologie,
Médecine générale,
Chirurgie,
Endocrinologie,
Pédiatrie,
Rhumatologie,
Voies digestives,
Ophtalmologie,
Prises de sang pour analyses, de laboratoire,
Soins infirmiers,
Assistante sociale.

CENTRE MATERNEL.

8, rue Colbert, Marseille (1er)

Centre créé et géré par l'union. Fonctionne avec l'agrément de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale dans les mêmes conditions qu'un dispensaire d'hygiène sociale.

1 médecin temps plein.

7 vacataires.

1 infirmière.

1 secrétaire.

Consultations prénatales,
Consultations des nourrissons,
Vaccinations.
Consultations postnatales,
Consultation du deuxième âge,

CENTRE SOCIAL BARBINI.

45, rue François Barbine, Marseille (3ème).

Le seul centre dentaire de l'union. Très fréquenté. Etalement d'horaire

permettant l'utilisation maxima des cabinets. Ouvert de 8 heures à 20 H.

4 stomatologistes temps plein.
3 chirurgiens dentistes temps plein.
12 prothésistes temps plein.
7 assistantes dentaires temps plein.
5 secrétaires temps plein.

CENTRE MEDICAL D'AIX EN PROVENCE.

12, rue Emeric-David.

Créé en 1959 au centre de la ville. Fréquenté par une clientèle d'habitués fidèles. Ne connait pas la grosse affluence des centres ruraux. Est cependant en voie d'extension par suite de la poussée démographique et du développement des sociétés mutualistes locales.

3 médecins temps plein.

11 infirmiers vacataires.

1 infirmière.

2 secrétaires.

Centre de soins externes,
Chirurgie,
Gynécologie,
Oto-rhino-laryngologie,
Gastro-entérologie,
Soins infirmiers.
Médecine générale,
Dermatologie,
Cardiologie,
Ophtalmologie,
Pneumologie,

CENTRE MEDICAL PIERRE GABRIELLI.

Berre : quartier de la Mariélie, avenue Paul Langevin.

Les locaux de ce centre appartiennent à la ville de Berre. La gestion est assurée par l'U.D.M.T.. La municipalité prend en charge le déficit rendu inévitable du fait de sa structure. Devant le succès rencontré auprès des administrés, la mairie envisage la création d'une maison médicale développant les activités actuelles en y intégrant un laboratoire d'analyses, un un cabinet de radiologie, des cabinets dentaires.

10 médecins exerçant à temps plein et à la vacation.

1 technicien paramédical.

2 administratifs.

Centres de soins externes,
Dermatologie,
Gynécologie,
Oto-rhino-laryngologie,
Médecine générale,
Cardiologie,
Ophtalmologie,
Soins infirmiers.

MAISON MEDICALE MICHEL BORIO.
Port de Bouc : 18, rue Gambetta.
Propriété d'une société civile "Les Amis de la Médecine Sociale", gérée par l'union, comprend une maternité de 10 lits et un centre médical avec des

médecins spécialistes seulement.

1 médecin temps plein.

10 vacataires.

1 infirmière.

1 secrétaire.

2 sages-femmes.

1 auxiliaire puéricultrice.

6 femmes de service.

Maternité,
Ophtalmologie,
Cardiologie,
Gynécologie,
Soins infirmiers.

Centre de soins externes,
Oto-rhino-laryngologie,
Dermatologie,
Gastro-entérologie,

CENTRE MEDICAL F. ET I. JOLIOT CURIE.

Port Saint Louis du Rhône : avenue Gabriel Péri.

Centre créé en 1961. Appartient à une société civile immobilière constituée par les habitants de la ville. L'U.D.M.T. assure la gestion. Elle reçoit de la mairie une subvention.

Centre à caractère semi-rural. Fréquentation importante. Entente avec le corps médical local ( gardes du Dimanche à tour de rôle ).

10 médecins exerçant à temps plein ou à la vacation.

3 techniciens paramédicaux.

4 administratifs.

Centre de soins externes,
Oto-rhino-laryngologie,
Cardiologie,
Ophtalmologie,
Piqûres et soins,
Radiologie.

Médecine générale,
Gynécologie,
Neuro-psychiatrie,
Dermatologie,
Prises de sang pour examens de laboratoire,

CENTRE MEDICAL PIERRE CALISTI.

La Ciotat : 14 boulevard Bertolucci.

Centre médical créé en 1961. Les locaux appartiennent aux chantiers navals de La Ciotat. L'U.D.M.T. assure la gestion. Un contact entre les deux parties en règle les modalités.

Fréquenté par le personnel des chantiers navals de la Ciotat, ce centre a vu sa clientèle s'accroître largement, notamment dans les grands ensembles immobiliers.

Le centre entretient des bons rapports avec le corps médical libéral de la ville.

21 médecins exerçant à temps plein ou à la vacation.

3 techniciens paramédicaux.

3 administratifs.

Centre de soins externes,
Chirurgie,
Oto-rhino-laryngologie,
Cardiologie,
Neurologie,
Laboratoire.
Médecine générale,
Ophtalmologie,
Dermatologie,
Pneumologie,
Infirmière,

CENTRE D'OPTIQUE MUTUALISTE.

La Ciotal : 17, boulevard Bertolucci.

1 opticien temps plein.

1 ouvrier opticien temps plein.

CENTRE INFIRMIER D'AUBAGNE.

31, rue Frédéric Mistral, Aubagne.

2 infirmières temps plein.

Sous la responsabilité d'un médecin chef.

REMARQUES A PROPOS DE LA "FEUILLERAIE" ET DE L'U.D.M.T. DES BOUCHES DU RHONE.

L'histoire de la Feuilleraie montre les hésitations, recherches et difficultés à surmonter successivement dans la mise en place de structures médicales nouvelles, et il semble bien que ce ne soit pas fini.º

Il est aussi remarquable que, pour mettre finalement en place une équipe médicale de médecins salariés qui garantisse l'avenir en permettant par ailleurs l'extension géographique de structures comparables, il a été nécessaire d'avoir recours à un tiers non médecin. Dans le cas de la Feuilleraie, le seul tiers qui a paru moralement et techniquement compétent est constitué par les usagers.

On remarquera aussi combien la Feuilleraie, au fur et à mesure qu'elle tend vers sa forme actuelle, tend en même temps à définir un exercice médical nouveau évoquant la notion de secteur de santé.

L'histoire de la Feuilleraie peut donner des éléments aux médecins qui seraient désireux de former une équipe, notamment en ce qui concerne le collectage de fonds. Mais l'envers de la médaille de ce collectage de fonds est de faire prendre en charge, par quelques intéressés, des dépenses qui devraient être assumées par la collectivité, si l'on considère le droit à la santé comme

º Voir expérience de sectorisation du 13 ème arrondissement de Paris, où l'on rencontre une problématique identique : tatonnements successifs.

un droit réel. Il est vrai que les souscripteurs ont ainsi constitué une certaine collectivité. Mais c'est attendre beaucoup d'altruisme d'une certaine partie de la population que de lui faire financer une structure médicale couteuse qui fonctionnera ensuite au bénéfice de tous. Dans le cas de la Feuilleraie, on peut dire qu'il n'y avait pas le choix. L'institutionnalisation d'une telle pratique de financement n'en constituerait pas moins une solution de facilité déchargeant les pouvoirs publics d'une partie de leurs responsabilités.

Par ailleurs, il faut aussi remarquer que les souscripteurs n'ont donné leur confiance et leur argent qu'à une structure qui existait auparavant et qui avait déjà fait ses preuves. Une fois de plus, on constate que les débuts d'une équipe sont problématiques, car, presque inéluctablement, on en est réduit à choisir, comme forme juridique et comme employeur de départ, la société médicale. Encore faut-il, pour que celle-ci ait quelques chances de fonctionner quelques temps, que les contributions directes n'exercent pas de pressions dissuasives du type de celles exercées auprès des médecins de la Feuilleraie. Là, encore, on peut en tirer des enseignements pour l'avenir.

Autre point positif : les faibles écarts de salaire entre les médecins. Malheureusement, avec le temps, ces écarts se sont considérablement accentués et peuvent actuellement dépasser 50 %, ce qui risque de hiérarchiser cette équipe médicale, détruisant alors un des fondements des rapports interpersonnels des médecins de l'équipe. º

Dans toutes les structures médico-sociales de l'U.D.M.T., l'enseignement post-universitaire des médecins constitue une option de base, d'ailleurs stipulée dans le contrat de travail des médecins.

On peut aussi reprocher à la Feuilleraie de ne pas avoir de service de psychiatrie, ce qui s'inscrit en faux dans une politique sanitaire de secteur. C'est d'ailleurs vrai pour l'ensemble des réalisations de l'U.D.M.T. qui, sur 8 centres médico-sociaux, n'en a doté que trois en psychiatrie.

Autre critique : il semble que le nombre de médecins vacataires soit élevé par rapport au nombre des médecins à temps plein. Sans doute est-il encore impossible, actuellement, d'adopter une autre formule qui serait, pour l'avenir, la généralisation du salariat à temps plein des médecins des équipes médicales. Pour sa part, la Feuilleraie a tout fait, depuis ses débuts, pour limiter le nombre de ses médecins vacataires.

º Voir annexe nº 8 : contrat de travail des médecins à temps plein.
Union départementale mutualiste des travailleurs des Bouches du Rhône.

Dernière critique : la prédominance de la tendance communiste, que l'on se borne ici à constater sans émettre la moindre critique à son égard, au sein de l'U.D.M.T. limite certainement l'extension des structures médico-sociales qu'elle pourrait mettre en place, et empêche la participation de nombreux médecins à cette médecine d'équipe.

Enfin, on peut s'interroger sur l'avenir de ces réalisations médico-sociales dont le déficit permanent et inévitable risque d'entraîner la fermeture à plus ou moins long terme, en dépit du réel intérêt qu'elles suscitent, tant sur le plan de la recherche de nouvelles structures médicales que sur le plan de la qualité de la médecine qu'elles fournissent et du bénéfice qu'en tirent les usagers.

Les diverses citations sont du Docteur Robert Weiss, chirurgien à temps plein à la Feuilleraie.

UNE EXPERIENCE DE MEDECINE SOCIALE MUTUALISTE : " LA S.A.M.I.R. " A ROMANS.

Cette expérience de médecine d'équipe illustre les principes fondamentaux qui se sont dégagés de cette étude, et a été exposée lors du 7ème congrès national des médecins de centres de santé par le docteur Madeleine Borne, en 1967. On en conservera les termes et le plan d'ensemble.

L'ensemble médical de la société d'action mutualiste interprofessionnelle de Romans, connue sous le sigle S.A.M.I.R., représente une des premières réalisations d'un type nouveau d'exercice de la médecine, puisqu'il a vu le jour, le ler septembre 1955, sous l'impulsion commune des militants ouvriers des trois sections syndicales romanaises : C.G.T., C.F.T.C. (devenue C.F.D.T.) et F.O., désireux de répondre aux besoins de la population romanaise, essentiellement ouvrière, sur le plan du droit à la santé, le budget santé étant particulièrement lourd pour ces nombreuses familles aux ressources modestes.

Cette réalisation, modeste, elle aussi, à ses débuts, est devenue, après 12 années, une organisation médico-sociale importante qui correspond :

1º) Un centre médical principal, situé au centre de la ville de Romans ( 30 000 habitants ) comportant :

- un service administratif (direction technique, archives, secrétariat) ;
- un service médical (médecine générale, pédiatrie, radiologie) ;
- un service infirmerie ;
- un service dentaire ;
- un centre d'optique ;
- un service de travailleuses familiales.

2º) A ce centre médical principal est venu s'ajouter en 1967, un centre médical annexe, implanté en dehors de la ville, au coeur d'une cité H.L.M., abritant déjà 8 000 habitants et prévue pour 14 000, dans laquelle aucun équipement médical n'avait été prévu par les urbanistes.

Ce centre, dont seul le rez-de-chaussée est actuellement aménagé, comporte :

- deux cabinets de médecine générale ;
- un cabinet de pédiatrie ;
- une salle de radioscopie ;
- un cabinet dentaire ;
- un service infirmerie ;
- un service administratif.

La mise en place d'autres activités : kinésithérapie, consultations de spécialistes, est prévue ultérieurement, après l'aménagement du premier étage.

3º) Enfin, depuis Juin 1966, la mutuelle a fait l'acquisition d'une clinique obstétrico-chirurgicale qui vient co pléter très utilement les réalisations précédentes.

La direction administrative est assurée par un directeur administratif qui a été, depuis l'origine, l'animateur de cette réalisation. Le budget est équilibré. Le déficit du service médical est compensé par l'activité du service dentaire et de la prothèse, et du service de radiologie.

La S.A.M.I.R. est ouverte à toute personne acquittant une cotisation annuelle de 30 francs, lui donnant droit à l'utilisation de tous les services. De plus, l'adhésion à la mutuelle avec 140 francs par an et par famille quel que soit le nombre d'enfants, garantit la gratuité des soins du moins jusqu'à ce jour. º L'organisation médicale rayonne sur 10 000 mutualistes environ.

Dans cet ensemble social, le service médical est assuré par trois médecins généralistes et un médecin pédiatre ; ces médecins effectuant non seulement les consultations au centre médical, mais aussi les visites à domicile, et également, grâce à un service de garde, les urgences de la nuit et du Dimanche. La continuité des soins est ainsi garantie au malade.

Par ailleurs, le médecin exerce ainsi une médecine totale, de la même façon que s'il était installé et représente pour ses malades un véritable médecin de famille. Le libre choix est laissé au malade entre les différents praticiens du centre. L'accueil des malades que l'équipe considère comme très important, est assuré par une secrétaire médicale choisie non seulement en fonction de ses compétences, mais aussi pour ses qualités humaines ; elle établit les dossiers, donner les rendez-vous, note les appels pour les visites, et perçoit le règlement des actes effectués par les médecins, qui ainsi n'ont pas à rompre brutalement le colloque singulier par une demande d'argent.

º C'était la période des ordonnances sur la sécurité sociale.

Les médecins exercent à temps plein et sont salariés, leur rémunération forfaitaire étant indépendante du nombre d'actes pratiqués. Leur emploi est garanti par un contrat stipulant notamment :

- les conditions d'exercice professionnel;
- les modalités de rémunération ;
- le droit à un mois de congés payés plus 10 jours de congés d'études également payés, pour participation à l'enseignement post-universitaire et l'assistance aux congrès ;
- les clauses de rupture éventuelle du contrat, d'affiliation à la sécurité sociale et à une caisse de retraite des cadres.

Aucune norme de travail n'est imposée aux médecins. La moyenne quotidienne des actes effectués par le médecin, en période d'activité normale, mois d'hiver exceptés, est de 15. En hiver, cette moyenne passe à 20 environ. Lorsque la demande devient trop importante pour le nombre des médecins, on procède au recrutement d'un nouveau membre pour l'équipe. Les médecins sont recrutés par annonce dans le Concours Médical. Les candidatures sont examinées par le coseil d'administration qui possède, avec le directeur administratif, la décision du choix. Le salaire des médecins, forfaitaire, est indexé sur le C et le V. Le salaire de base ( de 3050 francs en 1967), est majoré de 1 % par année d'ancienneté. Il comporte aussi une majoration pour titres.

Au service médical est adjoint un service de radiologie placé sous la responsabilité d'un médecin radiologiste, où sont effectués les divers examens radiologiques ainsi que les traitements de radiothérapie.

Est adjoint également un service d'infirmerie, assuré par trois infirmières qui sont à la disposition des malades pour effectuer les soins et les piqûres, tant au centre médical qu'à domicile, pour les malades alités ou que leurs charges familiales (mères de famille) empêchent de se rendre au centre. Un système de garde permet aux malades dont l'état le nécessite de recevoir également soins et piqûres, les Dimanches et jours fériés.

L'ensemble médico-social comporte aussi :

- un service dentaire avec 4 chirurgiens-dentistes, auquel est adjoint un laboratoire de prothèse dentaire ;
- un centre d'optique et lunetterie sous la responsabilité d'un opticien diplomé qui exécute les ordonnances des ophtalmologistes ;

- un service de travailleuses familiales et d'aides ménagères aux personnes âgées, qui complète très utilement l'ensemble, mettant une aide précieuse à la disposition des mères de familles alitées ou fatiguées, à qui on sait bien qu'il est souvent illusoire de prescrire le repos. Sur la demande de l'intéressée ou du médecin, l'aide familiale, ainsi envoyée à la mère de famille en difficulté, accomplit tout le travail quotidien de la maison et s'occupe des enfants. Cette aide familiale est aussi adressée aux mères de famille peu expérimentées, dont les enfants nécessitent des soins délicats : c'est le cas, par exemple, des nourrissons ecxémateux, qui ainsi n'ont pas à être hospitalisés. De même, les aides ménagères sont envoyées aux personnes âgées qu' une incapacité physique temporaire met dans l'impossibilité d'accomplir leur travail ménager habituel. Cette aide permet très souvent d'éviter les frais d'une hospitalisation, peu souhaitée par l'intéressé et non justifiée sur le plan médical.

Enfin, depuis Juin 1966, la S.A.M.I.R. dispose d'une clinique chirurgicale et obstétricale de 19 lits que des travaux d'agrandissement porteront dans les prochaines années à 34 lits. Elle comporte actuellement un étage de maternité avec préparation à l'accouchement sans douleurs, un étage de chirurgie où sont pratiquées les interventions de chirurgie générale et un service de radiologie. L'hospitalisation est entièrement gratuite pour les malades. La clinique est placée sous la responsabilité d'un chirurgien exerçant à temps plein, salarié et employé sous contrat.

L'adquisition de cette clinique par la mutuelle garantit au malade la continuité des soins tant sur le plan médical que chirurgical ou obstétrical. Elle permet au médecin de continuer à suivre son malade, lorsqu'une indication chirurgicale est posée, et d'assister à l'intervention ; sa présence étant par ailleurs très rassurante pour le malade.

Médecins, chirurgiens et radiologistes travaillent en étroite liaison, se réunissant une fois par semaine pour parler de leurs malades et réfléchir ensemble sur les cas difficiles. Une question de médecine et de chirurgie est exposée chaque fois par un des médecins de l' équipe.

A cet effet, une source de documentation importante a été mise à la disposition des médecins grâce à une bibliothèque médicale comportant la collection de l'encyclopédie médico-chirurgicale. Une véritable médecine d' équipe, très amicale par ailleurs, est ainsi pratiquée.

Vis-à-vis du conseil de l'ordre, les médecins de l'équipe ont rencontré, au début, une certaine hostilité qui s'est assez longtemps maintenue. Il semble exister maintenant une sorte de coexistence pacifique sans relations. Avec les médecins libéraux omnipraticiens, les relations sont inexistantes. Elles sont par contre bonnes avec les spécialistes auxquels le centre fait appel. Les rapports sont également très bons avec les centres hospitaliers de Grenoble et de Lyon où sont envoyés les malades "graves" de la S.A.M.I.R..

Le docteur Borne concluait son information en quelques mots dont la portée n'en est pas moins grande :

" Il a semblé utile de présenter cette expérience de médecine sociale
" mutualiste, qui a été une des premières réalisées en France, garantis-
" sant aux malades à la fois la gratuité et la qualité des soins, et ap-
" portant aux médecins des conditions d'exercice extrêmement valables.

REMARQUES A PROPOS DE LA S.A.M.I.R..

Voici une équipe médicale qui, en 12 ans, a connu un développement rapide et important, que ce soit sur le plan qualitatif ou sur le plan quantitatif.

Contrairement à la Feuilleraie à Marseille qui s'est constituée et, en quelque sorte rodée peu à peu, par tatonnements successifs et approximatifs, peut-on dire, la S.A.M.I?R. a choisi dès le départ une forme juridique et administrative qui n'a pas eu à évoluer par la suite, et qui n'est pas sans rappeler la forme définitive de la Feuilleraie.

Les principes de départ sont clairs :

- répondre aux besoins de la population ;
- sur le plan du droit à la santé ;
- sous l'impulsion des 3 centrales syndicales.

Ce n'est donc pas une médecine pour les médecins qui a été mise en place, mais une médecine pour les besoins sanitaires de la population. La gestion mixte s'est donc imposée.

On remarque aussi la souplesse de l'implantation qui s'adapte à la géographie humaine locale. Dès lors que la cité se sépare en deux pôles de vie active, la S.A.M.I.R. implante un centre médical annexe.

Cette souplesse existe aussi sur le plan de la structure juridico-administrative :

- la large participation syndicale (les trois principales centrales ouvrières),
- la faiblesse du taux des cotisations,

- et la possibilité d'effectuer les visites à domicile,

en font, avec les moyens techniques mis en place, une structure non confessionnelle, largement admissible pour tous.

Enfin, certains aspects semblent positifs :

- institutionalisation de l'enseignement post-universitaire ;
- garantie de la continuité des soins en mettant l'accent sur la limitation des hospitalisations ;
- service d'aides familiales et ménagères, qui constituait une novation lors de sa création ;
- bons rapports avec les hopitaux de Lyon et de Grenoble.

D'autres points apparaissent comme des inconvénients

- absence de service psychiatrique (ce qui risque, dans l'avenir, de ramener de plus en plus la continuité dans les soins assurés sur les bases décrites ci-dessus, à l'état de pointillé) ;
- absence de la pratique des bilans de santé ;
- hostilité du conseil de l'ordre et absence de relations avec les omnipraticiens libéraux.

L'EXPERIENCE DE SECTORISATION DU XIII ème ARRONDISSEMENT DE PARIS.

Cette expérience est restée unique en France pendant de nombreuses années. L'historique de ses débuts montre la recherche dont pourrait être l'objet l'institution de secteurs de santé pluridisciplinaires.

On s'inspirera largement de l'intervention du docteur Paumelle lors du VI ème congrès national des médecins de centres de santé.

Le XIII ème arrondissement de Paris bien qu'il s'appelle centre de santé mentale, n'est pas exactement un centre de santé puisqu'il se définit par un secteur géographique. Dans ce cadre, depuis 1954 une équipe de psychiatres a tenté de jeter les bases de nouvelles conditions de prise en charge et de traitement de malades mentaux au sein d'une population déterminée. C'est le "vécu" d'une psychiatrie publique qui a été le primum movens de cette sectorisation. Le premier objectif a été de se situer ailleurs que dans l'hôpital psychiatrique, d'attendre le "client" dans une position quelque peu comparable à celle d'un omnipraticien libéral, tout en évitant les inconvénients caractéristiques de cette structure : il s'agissait donc de quitter l'asile et dans un premier temps par le biais d'un dispensaire existant précédemment, d'établir des contacts non seulement avec le malade, — car le malade mental est souvent clandestin et méfiant — , mais aussi avec la population et ses "pivots sociaux". D'où les premières réunions avec les instituteurs, les assistantes sociales familiales, les médecins praticiens, les commissaires de police et les représentants de divers cultes.

La conséquence immédiate de cet "ailleurs" a été de définir un "avant" : il était alors possible que le patient ne soit plus clandestin pendant parfois des dizaines d'années. Par conséquent, il a ainsi été prouvé une fois de plus qu'il était impossible de dissocier la prévention et la thérapeutique.

Deuxième conséquence de cette insertion populaire : l'augmentation de la demande de soins. Par exemple si un alcoolique a pu faire l'expérience d'une rencontre avec le psychiatre et en a tiré profit il a tendance à amener ses camarades : car les alcooliques ont leur lieu de rencontre. Ce phénomène de boule de neige a parfois pris des proportions considérables.

En 1966 l'équipe de base se composait d'un psychiatre (qui était toujours un psychanaliste),d'un psychothérapeute,d'une assistante sociale, d'une infirmière à domicile ; et aussi des membres à temps partiel : psychologues, conseillères de travail, spécialiste de la psychomotricité.

Deuxième caractéristique : c'est la continuité des soins et la réponse à l'urgence. Continuité puisque le malade passe directement par le médecin en évitant le circuit traditionnel : police-secours, commissariat, infirmerie psychiatrique de la préfecture, service d'admission de Sainte Anne et enfin le psychiatre. Par ailleurs c'est la même équipe qui conserve la responsabilité du malade quelle que soit la durée du traitement. Il est donc nécessaire que cette équipe s'organise pour assurer non seulement une activité hospitalière mais aussi de nombreux déplacements dans d'autres hôpitaux, à l'hôpital de jour, à l'atelier de rééducation, à la consultation ou au domicile des malades.

C'est ce qui a permis de réaliser la troisième perspective : la personnalisation des soins.

Le support juridique de cette structure ne s'est pas établi sans difficultés. Les psychiatres du XIII ème arrondissement ont choisi une structure privée sous la forme d'une association régie par la loi de 1901, dont étaient membres de droit le ministère, la préfecture, les caisses de Sécurité Sociale. Ces administrations furent d'ailleurs majoritaires. Ainsi fut mise en place une structure très souple sur le plan du recrutement comme sur le plan de la participation des techniciens susceptibles d'intervenir dans la réalisation du secteur. C'est ainsi que peu à peu les institutions du XIII ème arrondissement ont pu se développer.

La prise en charge réalisée par chaque équipe jumelle la psychiatrie infantile et la psychiatrie adulte. Il y a six équipes (en 1966) pour 175 mille habitants, et il est indispensable que ces équipes se multiplient. La durée moyenne de prise en charge est de deux ans pour les enfants et trois ans pour les adultes.

Un effort a été fait pour limiter au maximum l'hospitalisation asilaire traditionnelle. Ceci a été à l'origine de la création d'un

petit hôpital de jour de 20 places, puis d'un club de malades auquel peuvent accéder les familles. Ensuite les équipes ont défini un hôpital nouveau qui était en même temps un défi.: "tenir avec un lit pour 1000 habitants, la norme étant en Europe Occidentale, de 3 lits pour 1000." La condition nécessaire à cette réalisation a été l'existence d'un nombre suffisant d'institutions extra-hospitalières très diverses allant de l'hôpital de jour au centre de post-cure, en passant par les ateliers de réadaptation. Le règlement intérieur de cet hôpital est extrêmement souple sur tous les plans. Plus particulièrement, tout est mis en oeuvre pour favoriser l'ouverture vers l'extérieur.

Les médecins ont ainsi trois fonctions :

- fonction thérapeutique au niveau de toutes les institutions ;
- fonction de responsabilité administrative au niveau d'une seule institution ;
- fonction de responsabilité d'hygiène mentale : par exemple les réunions avec les policiers.

Les médecins sont employés à temps plein et payés à la fonction.

Cette expérience de sectorisation montre combien les malades peuvent profiter d'une part de l'existence d'équipes médicales implantées dans une zone géographique définie, d'autre part de nouvelles structures adaptées au fonctionnement de cette équipe. On ne peut que regretter que ces équipes ne s'adressent qu'à la santé mentale. Néanmoins, on voit qu'il est possible d'effectuer une recherche et des réalisations pratiques dans le cadre des secteurs de santé. Le développement et la réussite de cette expérience ont constitué un modèle qui a certainement servi de base à la généralisation de la sectorisation dans le domaine de la santé mentale. º

º Voir Annexe nº 7.

## IV ème partie.

## A N N E X E S

ANNEXE Nº 1 : REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES MEDECINS EN GIRONDE.

Pour étudier la répartition des médecins en Gironde, on a pris les actes administratifs, bulletin d'information des mairies, élaboré par le conseil de l'ordre des médecins de la Gironde, diffusé par la direction départementale de l'action sanitaire et sociale (antérieurement inspection régionale de la santé). Ces actes administratifs constituent la liste des médecins inscrits au conseil de l'ordre avec leur adresse professionnelle, la date de délivrance de leurs diplômes. De plus, le bulletin de 1949 fait état de la date de naissance des médecins, mais pas de leur spécialité, comme c'est le cas dans le bulletin de 1969 qui sépare aussi en deux listes les médecins libéraux et salariés. Les populations sont celles données par l'I.N.S.E.E. pour 1946 et 1968.

Afin d'avoir une première notion de démographie médicale en Gironde, on a séparé arbitrairement une zone rurale et une zone urbaine. En effet, dans le tableau suivant, ce qu'on appelle agglomération ne recouvre pas totalement l'agglomération bordeaaise telle qu'elle apparait aujourd'hui. Il faut rappeler qu'en 1949, l'ensemble nº 2 ne pouvait être rattaché à Bordeaux comme il l'est actuellement. De même pour l'ensemble nº 1 qui commence seulement maintenant à s'intégrer à l'agglomération. Les ensembles nº 1 et nº 2 constituent donc l'extension large de l'agglomération bordelaise. Tandis que l'ensemble nº 1, avec Blanquefort, Bruges, Eysines, le Haillan, représente une zone homogène en pleine expansion, l'ensemble nº 2 est hétéroclite.

En ce qui concerne l'ensemble nº 3, il s'agit de centres de petite ou de moyenne importance, à potentialité rurale ou touristique. De plus, ils présentent tous un établissement d'hospitalisation publique, ce qui permet de les différencier nettement. Ceci explique aussi leur médicalisation élevée, par un triple phénomène :

- la présence d'un hôpital ;
- la présence éventuelle d'une petite banlieue ;
- leur rôle de centre local de diagnostic et de soins, d'administration,...etc....

Le coefficient de médicalisation du premier tableau indique le nombre d'habitants pour un médecin libéral. Au niveau de la ville de Bordeaux, le coefficient est très faible, ce qui signifie une médicalisation très élevée. Il convient, à ce sujet, de tenir compte du rôle de centre régional que joue Bordeaux, avec ses spécialistes, ses administrations, son centre hospitalier et ses nombreuses cliniques. Ce rôle nécessite un personnel

médical important, dont l'action s'adresse à l'ensemble du département et, même de la région bordelaise. On constate aussi que la médicalisation est plus faible au niveau du reste de l'agglomération bordelaise.

Bègles constitue un contraste détonnant qui se passe de commentaires. C'est simplement l'illustration du phénomène médical tel qu'il existe actuellement. Sur le plan national, ce phénomène est lourd de conséquences (un médecin pour 1500 habitants environ dans le département du Nord). Sur le plan international, celà correspond à l'absence de médicalisation des pays sous-développés.

L'agglomération bordelaise apparait comme une cellule, avec son noyau concentré (Bordeaux), son cytoplasme plus clair (la banlieue), ses organites (les villes de banlieue), et une vacuole vide (Bègles).

Sur le plan de l'augmentation du nombre des médecins, on constate l'hégémonie de Bordeaux. Le tableau suivant montre l'augmentation du nombre des médecins libéraux entre 1949 et 1969 dans les différentes zones (tableau nº 2).

Tableau nº 2.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gironde | : 421 | Ensemble nº 1 | : 4 |
| Bordeaux | : 197 | Ensemble nº 2 | : 25 |
| Total agglomération | : 326 | Ensemble nº 3 | : 37 |
| Zone rurale | : 95 | Total de 1º, 2º, 3º | : 66 |

Zone rurale moins total de 1º, 2º, 3º : 29

Pendant une durée semblable, qu'est devenue la population de la Gironde ? Séparée, en 1946, à parts à peu près égales entre la zone rurale et la zone urbaine, elle s'est accrue harmonieusement jusqu'en 1968, avec un avantage pour l'agglomération bordelaise et les ensembles nº 1, 2, 3. Mais on est loin de constater un exode rural important. La zone rurale ne s'est pas dépeuplée, au contraire. Malgré celà, les contrastes se sont accentués. Que dire alors si l'on tient compte des médecins salariés ?

Malgré l'absence d'étude de morbidité dans ces différentes zones, on voit déjà que le phénomène médical connait un développement très anarchique, par rapport aux besoins médicaux d'une population, très systématisé, au contraire, au niveau de son apparence géographique.

Tableau nº 1

REPARTITION GLOBALE DES MEDECINS EN GIRONDE : 1949 A 1969.

| POPULATION | HABITANTS 1946 | MEDECINS 1949 | COEFF | HABITANTS 1968 | MEDECINS 1969 LIB. | MEDECINS 1969 SAL. | COEFF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Gironde | 858 381 | 915 | 946 | 1 003 095 | 1336 | 284 | |
| Bordeaux | 253 751 | 489 | 519 | 270 996 | 686 | 200 | 369 |
| Bègles | 22 590 | 11 | 2 053 | 27 330 | 16 | 3 | 1 708 |
| Le Bouscat | 18 901 | 13 | 1 455 | 22 723 | 20 | 4 | 1 136 |
| Caudéran | 25 377 | 21 | 1 208 | cf. Bx. | 47 | 23 | cf.Bx |
| Cenon | 10 051 | 2 | 3 350 | 17 959 | 14 | 0 | 1 282 |
| Floirac | 7 062 | 3 | 2 354 | 8 284 | 8 | 0 | 1 035 |
| Mérignac | 21 417 | 8 | 2 802 | 47 777 | 46 | 7 | 1 038 |
| Pessac | 17 769 | 13 | 1 366 | 37 044 | 38 | 1 | 975 |
| Talence | 21 650 | 19 | 1 140 | 31 374 | 30 | 11 | 1 046 |
| Total agglomération | 398 568 | 579 | 686 | 463 437 | 905 | 249 | 512 |
| Zone rurale | 459 813 | 335 | 1 373 | 539 608 | 431 | 35 | 1 252 |
| Blanquefort | 3 685 | 3 | 1 222 | 5 673 | 5 | 0 | 1 135 |
| Bruges | 3 424 | 2 | 1 712 | 6 612 | 2 | 1 | 3 306 |
| Eysines | 3 280 | 3 | 1 930 | 8 286 | 4 | 0 | 2 071 |
| Le Haillan | 1 141 | 1 | 1 141 | 2 272 | 2 | 0 | 1 136 |
| Total de 1º | 11 530 | 9 | 1 281 | 22 843 | 13 | 1 | 1 757 |
| Passens | 2 194 | 1 | 2 194 | 4 841 | 2 | 0 | 2 420 |
| Gradignan | 5 213 | 3 | 1 737 | 10 789 | 12 | 2 | 899 |
| Lormont | 4 268 | 3 | 1 423 | 10 774 | 7 | 1 | 1 541 |
| Pont de la Maye | | 1 | | | 4 | 1 | |
| Quatre Pavillons | | 1 | | | 0 | 0 | |
| Villenave d'Ornon | 8 766 | 2 | 2 922 | 21 464 | 11 | 0 | 1 421 |
| Total de 2º | 20 441 | 11 | 2 044 | 47 868 | 36 | 4 | 1 330 |
| Arcachon | 14 603 | 23 | 635 | 15 755 | 36 | 3 | 437 |
| Blaye | 3 788 | 4 | 947 | 4 571 | 7 | 0 | 653 |
| Cadillac | 2 783 | 4 | 696 | 3 766 | 6 | 2 | 620 |
| Langon | 5 177 | 8 | 647 | 5 665 | 13 | 1 | 435 |
| Libourne | 20 166 | 27 | 746 | 23 621 | 39 | 2 | 606 |
| La Réole | 4 491 | 6 | 748 | 5 109 | 7 | 2 | 730 |
| Ste-Foy-la-Grande | 3 411 | 9 | 379 | 3 512 | 10 | 2 | 351 |
| Total de 3º | 54 419 | 81 | 671 | 61 999 | 118 | 12 | 527 |
| Total de 1º, 2º, 3º | 86 390 | 101 | 864 | 132 710 | 167 | 17 | 795 |
| Zone rurale moins total de 1º, 2º, 3º | 373 423 | 235 | 1 589 | 406 898 | 264 | 18 | 1 541 |

ANNEXE Nº 2 : REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES SPECIALISTES EN GIRONDE.

Si l'on étudie la répartition médicale en différenciant les spécialistes et les généralistes, l'inégalité de répartition des spécialistes devient évidente et considérable. (D'après les actes administratifs de 1969 et les populations de 1968).

| LIEUX | GENERALISTES | COMPETENTS | SPECIALISTES | SPEC. + COMP. |
|---|---|---|---|---|
| GIRONDE | 851 | 60 | 425 | 485 |
| Bordeaux | 335 | 42 | 309 | 351 |
| Bègles | 13 | 1 | 2 | 3 |
| Le Bouscat | 15 | 0 | 5 | 5 |
| Caudéran | 30 | 1 | 16 | 17 |
| Cenon | 11 | 0 | 3 | 3 |
| Floirac | 7 | 0 | 1 | 1 |
| Mérignac | 35 | 2 | 9 | 11 |
| Pessac | 28 | 3 | 7 | 10 |
| Talence | 25 | 0 | 5 | 5 |
| Total Agglomération | 499 | 49 | 357 | 406 |
| Zone rurale | 352 | 11 | 68 | 79 |
| Blanquefort | 4 | 0 | 1 | 1 |
| Bruges | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Eysines | 3 | 0 | 1 | 1 |
| Le Haillan | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Total de 1º | 11 | 0 | 2 | 2 |
| Bassens | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Gradignan | 9 | 0 | 3 | 3 |
| Lormont | 5 | 0 | 2 | 2 |
| Pont de la Maye | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Quatre Pavillons | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Villenave d'Ornon | 11 | 0 | 0 | 0 |
| Total de 2º | 31 | 0 | 5 | 5 |
| Arcachon | 21 | 1 | 14 | 15 |
| Blaye | 7 | 0 | 0 | 0 |
| Cadillac | 5 | 0 | 1 | 1 |
| Langon | 7 | 2 | 4 | 6 |
| Libourne | 15 | 3 | 21 | 24 |
| La Réole | 7 | 0 | 0 | 0 |
| Ste-Foy-la-Grande | 4 | 0 | 6 | 6 |
| Total de 3º | 66 | 6 | 46 | 52 |
| Total de 1º, 2º, 3º | 108 | 6 | 53 | 59 |
| Zone rurale moins total de 1º, 2º, 3º | 244 | 5 | 15 | 20 |

On remarque un net phénomène d'agglutination des spécialistes dans les grands centres urbains ou dans les centres secondaires possédant un hopital relativement important (le petit hopital ne semble pas attirer les spécialistes). Cette agglutination est confirmée amplement lorsqu'on étudie la répartition médicale par rues ou par quartiers.

Le tableau suivant inventorie les 16 rues bordelaises où l'on compte le plus de médecins.

| RUES | SPECIALISTES | COMPETENTS | GENERALISTES | TOTAL DES 3 CATEGORIES |
|---|---|---|---|---|
| Saint Genès | 19 | 3 | 10 | 32 |
| Avenue Thiers | 8 | 3 | 9 | 20 |
| + de Seguey-Fondaudège | 10 | 0 | 7 | 17 |
| Crs de la Somme | 7 | 1 | 6 | 14 |
| Lafaurie-Monbadon | 10 | 1 | 1 | 12 |
| Pdt Wilson | 6 | 0 | 6 | 12 |
| Crs Verdun | 7 | 1 | 3 | 11 |
| G.Clémenceau | 10 | 0 | 1 | 11 |
| Judaïque | 5 | 1 | 4 | 10 |
| D.Johnston | 2 | 0 | 8 | 10 |
| Rue de Tessac | 5 | 0 | 4 | 9 |
| Crs Marne | 0 | 4 | 5 | 9 |
| Crs A. Briand | 5 | 0 | 4 | 9 |
| Bvd F. Roosevelt | 1 | 2 | 6 | 9 |
| Alsace-Lorraine | 7 | 1 | 0 | 8 |
| Bvd Georges V | 2 | 0 | 6 | 8 |
| TOTAL | 104 | 17 | 80 | 201 |

On voit que près du tiers des médecins libéraux de la ville de Bordeaux se sont assemblés dans 16 rues seulement. Si l'on additionne le nombre des spécialistes et celui des compétents (qui sont presque tous exclusifs), on remarque la concentration nettement plus forte des médecins spécialisés.

On voit aussi le rôle que joue l'attrait du confort dans le choix du lieu d'installation : les zones qui se dégégent de ces 16 rues font plus ou moins partie des quartiers réputés cossus.

Dans les 16 rues considérées, le rapport $\frac{\text{spécialistes}}{\text{généralistes}} = \frac{121}{80} = \frac{3}{2}$ env. Dans cet échantillon de rues, si l'on prend les 10 rues où il y a le moins de spécialistes et les 10 rues où il y a le moins de généralistes, en faisant le total des deux catégories de praticiens ainsi recensés, le rapport $\frac{\text{spécialistes}}{\text{généralistes}}$ passe à $\frac{49}{42} = \frac{7}{6}$. La proportion tend alors vers 1, ce qui prouve que la répartition des généralistes est plus régulière, plus disséminée que celle des spécialistes.

On voit que ce phénomène n'est pas un hasard en comparant les totaux des médecins spécialistes dans les 15 rues où ils sont le plus nombreux, et des médecins généralistes dans les 15 rues où ils sont le plus nombreux. Ces rues ne se supperposent pas tout à fait.

| RUES | SPECIALISTES | COMPETENTS | TOTAL |
|---|---|---|---|
| Saint Genès | 19 | 3 | 22 |
| Avenue Thiers | 8 | 3 | 11 |
| + de Seguey-Fondaudège | 10 | 0 | 10 |
| Lafaurie de Monbadon | 10 | 1 | 11 |
| Crs Georges Clémenceau | 10 | 0 | 10 |
| Crs de la Marne | 4 | 5 | 9 |
| Crs de la Somme | 7 | 1 | 8 |
| Crs de Verdun | 7 | 1 | 8 |
| Crs Alsace et Lorraine | 7 | 1 | 8 |
| Vitál Carles | 6 | 0 | 6 |
| Bvd Pdt. Wilson | 6 | 0 | 6 |
| Judaïque | 5 | 1 | 1 |
| Crs Maréchal Foch | 6 | 0 | 6 |
| rue de Pessac | 5 | 0 | 5 |
| Crs Aristide Briand | 5 | 0 | 5 |
| Total | | | 131 |

| RUES | GENERALISTES |
|---|---|
| Saint Genès | 10 |
| Avenue Thiers | 9 |
| David Johnston | 8 |
| + de Seguey-Fondaudège | 7 |
| Crs du Médoc | 7 |
| Crs de la Somme | 6 |
| Bvd du Pdt. Wilson | 6 |
| Bvd F. Roosevelt | 6 |
| Bvd Georges V | 6 |
| rue de la Benauge | 6 |
| Crs de la Marne | 5 |
| Judaïque | 4 |
| rue de Pessac | 4 |
| Crs Aristide Briand | 4 |
| Bvd Albert 1er | 4 |
| Total | 92 |

En dehors de Bordeaux, le même attrait se manifeste en mettant en tête des lieux d'installation des spécialistes les villes :

- Libourne, avec 24 spécialistes et compétents
- Caudéran : 17
- Arcachon : 15

Mais c'est surtout la disproportion considérable de la densité des spécialistes entre la zone urbaine et la zone rurale qui caractérise l'inégalité devant la maladie selon le lieu de résidence.

La zone rurale ne comprend que 20 spécialistes répartis comme suit :

- Ambarès..... 1 compétent en gynécologie
- Arès..... un spécialiste en électro-radiologie
- Bouliac..... un spécialiste anesthésiste
- Bourg..... un spécialiste stomatologiste
- Cambes..... un spécialiste en obstétrique
- Gujan-Mestras..... un spécialiste stomatologiste
  un compétent en rhumatologie
- Lacanau..... un spécialiste O.R.L.
- Langoiran..... un compétent gastro-entérologue
- Lesparre..... un spécialiste stomatologiste
- Martignas..... un spécialiste anesthésiste
- Montussan..... un spécialiste neuro-psychiatre
- Pompignac..... un chirurgien
- Rauzan..... un spécialiste stomatologiste
- Saint Macaire..... un compétent en gynécologie
- Targon..... un spécialiste ophtalmologiste
- La Teste..... un spécialiste biologiste
  un spécialiste électro-radiologiste
  un compétent en obstétrique

Si la différence d'implantation ne tenait qu'à la concentration de population ou à la présence d'un hopital, on n'observerait pas des phénomènes inexplicables comme les montrent les exemples suivants :

- Bègles : 27 330 habitants : 3 spécialistes
  ensemble nº1 22 843 habitants : 2 spécialistes
  Libourne : 23 621 habitants : 24 spécialistes
  Il s'agit bien de populations groupées, d'importance comparable, mais disposant d'une médicalisation très disparate.

- Langon : 5 665 habitants : 6 spécialistes
  La Réole : 5 109 : 0
  Blaye : 4 571 : 0
  Sainte-Foy : 3 512 : 6
  Là encore, des populations comparables dans leur importance et leur intérêt médical ne connaissent pas du tout le même sort.

Pour expliquer ces différences considérables, le seul phénomène caractéristique et commun que l'on trouve est le facteur financier : les spécialistes ne s'installent pas dans les zones pauvres, accentuant ainsi le mouvement que les généralistes amorcent eux aussi.

Enfin, il est intéressant, sinon amusant, de relever l'existence de véritables circuits touristiques donnant un échantillon presque complet de la médecine. C'est le cas de la rue Saint Genès, qui comprend /

- 19 spécialistes
- 3 compétents
- 10 généralistes
- 9 professeurs agrégés
- 1 médecin du travail
- 1 médecin d'hygiène scolaire
- 1 chef de clinique
- 1 médecin conseil

soient 45 médecins (5% des médecins de la ville de Bordeaux)

C'est aussi le cas du boulevard de la Plage à Arcachon où l'on rencontre :

- 4 spécialistes
- 1 compétent
- 4 généralistes

soient 9 médecins libéraux représentant le quart des médecins de la ville !

ANNEXE Nº 3 : SANTE PUBLIQUE ET POUVOIR D'ETAT.

On illustrera, dans cette annexe, certains principes de la politique santé de la société capitaliste, grâce à quelques citations.

1º) Le fait que les lois sociales concernant la santé n'ont été obtenues que par des luttes dures des travailleurs.

2º) La santé, en dernier ressort, peut être considérée comme un des moyens de la rentabilité du travail pour la société industrielle, c'est à dire de l'exploitation de l'homme par l'homme.

LE XVIII èma SIECLE, OU LES PLEINS POUVOIRS DE LA BOURGEOISIE

" On vend les enfants aux manufacturiers par lots de cinquante
" voire de quatre-vingts, à partir de 5 ans. Il y en a près d'un
" millier qui viennent de partir pour le Lancashire. "Les petits sont
" mis au travail lorsqu'ils savent à peine marcher et leurs parents
" sont leurs plus durs des maitres". Les pasteurs des paroisses accro-
" chées au flanc des fabriques, où les apprentis sont emprisonnés
" jusqu'à leur seize ans, recommandent "qu'il ne soit attribué aucun
" secours pour les enfants au dessus de six ans qui ne savent pas
" tricoter, non plus que pour les enfants au dessus de neuf ans qui
" ne savent pas filer le lin ou la laine". Les prêcheurs d'évangile
" sont devenus les sergents-recruteurs des premiers martyrs de l'expan-
" sion industrielle anglaise. La durée de la journée de travail des
" "apprentis des paroisses", dans les premières filatures, oscille
" entre quatorze et dix-huit heures.

(Claude Manceron : Les hommes et la liberté)

Cette époque sans pitié se préoccupait bien peu de la santé de ses esclaves. A ce moment là, il est fort probable que les chevaux étaient mieux soignés que les enfants des filatures :

1º) Parceque l'achat d'un cheval était plus couteux ;

2º) Parceque le travail fourni par un cheval était plus intense, donc plus rentable.

LE XIX ume SIECLE : LA REFLEXION CRITIQUE MARXISTE.

" Le docteur J.T. Arledge, médecin en chef de la maison de
" santé du North Staffordshire, dit dans sa déposition : "comme
" classe, les potiers hommes et femmes (...) représentent une
" population dégénérée au moral et au physique. Ils sont en
" général de taille rabougrie, mal faits et souvent déprimés de
" la poitrine. Ils vieillissent vite et vivent peu de temps ;

" phlegmatiques et anémiques, ils trahissent la faiblesse de leur
" constitution par des attaques opiniatres de dyspepsie, des déran-
" gements du foie et des reins et les rhumatismes. Ils sont avant
" tout sujets à des maladies de poitrine, pneumonie, phtisie, bron-
" chite et asthme. La scrofulose, qui attaque les glandes, les os
" et d'autres parties du corps, est la maladie de plus de deux tiers
" des potiers. Le docteur Greenhow (déclare que)"quoique il n'y ait
" d'occupés aux poteries dans le district de Stoke que 30,6% et
" dans celui de Wolstanton que 30,4% de la population male au dessus
" de vingt ans, plus de la moitié des cas de mort causés par les
" maladies de poitrine se rencontrent parmi les potiers du premier
" district, et environ les deux cinquièmes parmi ceux du second".

(Karl Marx : Le capital)

L'extension industrielle n'a fait qu'aggraver ce phénomène, au mépris de toute valeur de la vie humaine.

" L'état de santé de ce matériel à bon marché est dépeint
" dans le tableau suivant du docteur Trueman, médecin du dispensai-
" re général de Nottingham : sur 686 dentellières, âgées de 17 à
" 24 ans, le nombre des phtisiques était de 1 sur 45 en 1852,
" 1 sur 17 en 1854, 1 sur 15 en 1858, 1 sur 8 en 1861. Ce progrès
" dans la marche de la phtisie doit satisfaire le progressiste le
" plus optimiste et le plus effronté commis-voyageur du libre
" échange.

(Karl Marx : Le capital)

Devant ces constatations, quelques précurseurs ont tenté de vaines expériences pour modifier ce fléau. Ce n'est que plus tard, mais avec un innommable cynisme, que des mesures ont pu être envisagées : la gravité de la situation a fait craindre le pire aux autorités, et une prise de conscience plus générale en a découlé.

" Chaque jour nous sacrifions à une société artificielle une,
" voire deux victimes, que leur destin naturel eut épargnés. La
" destruction de 450 personnes, années par années, dans la banlieu
" de Leeds, ne peut être considérée par aucune attention bienveil-
" lante comme un incident insignifiant. La santé vacillante et la
" déchéance prématurée, physique et mentale des neufs dixièmes des
" survivants ne peut non plus rester l'objet de notre indifférence.
" Il n'est pas que la ville de Leeds où l'enquête apporte des résul-
" tats aussi pénibles. Sans parler de Londres et des ports mariti-
" mes, nous pouvons démontrer que Sheffiels, Manchester, Birmingham,
" toutes nos cités industrielles affichent un taux de mortalité

" analogue ou même supérieur ; ce taux va croissant avec l'importance
" de la population locale.
" Si nous faisions l'hypothèse que 50 000 personnes meurent
" chaque année en Grande Bretagne des effets des manufactures et
" des emplois civils, notre estimation, j'en suis certain, serait
" encore au-dessous de la réalité. Pouvons nous contempler passive-
" ment cette mortalité superflue, une telle perte de vies humaines ?"

(Charles Turner Thackrah : les effets des principaux emplois,métiers et professions, des moeurs et des conditions de vie sur la santé et la longévité....)

" Quelques années plus tard, Edwin Chadwiwick confirmait
" statistiquement l'alarme par son "rapport sur la condition sani-
" taire de la population laborieuse de Grande Bretagne (1842) ;
" en France, Louis René Villermé, avec ses "tableaux de l'état
" physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures
" de coton, de laine et de soie" (1840) provoquait cette même prise
" de conscience que Ernst Drouke réveillait par son Berlin (1846).
" Il donnait une dimension nationale à la question de la santé et
" invitait les groupements à tenir compte de ces nouveaux facteurs
" dans l'évaluation du développement économique.

(Jean-Claude Polack : La médecine du capital)

C'est donc plus en raison de dangers économiques que pour des raisons humanitaires ou morales qu'une prise de conscience collective a eu lieu au niveau des sphères dirigeantes.

" A côté d'éléments purement physiologique, la valeur du
" travail est déterminée dans chaque pays par un standard de vie
" traditionnel. Ce n'est pas seulement la vie physique ; c'est
" aussi la satisfaction de certains besoins nés des conditions
" sociales dans lesquelles les gens vivent et ont été élevés (...).
" L'élément historique ou social, qui entre dans la valeur du
" travail, peut s'élargir ou se resserrer ; il peut s'évanouir
" entièrement, en sorte que rien ne subsiste, sinon la limite
" physiologique.

(Karl Marx : Salaires, prix et plus-value)

Autrement dit, lorsque le milieu social varie, le standard de vie traditionnel varie aussi ; de même que la valeur du travail ; et de même aussi que la valeur de la santé de l'individu incriminé.

" C'est évidemment sur cet écart que les luttes du prolétariat
" vont porter, afin d'en aggrandir l'espace : la qualité et l'impor-
" tance des soins modifient constemment la valeur variable de la
" force de travail.

(Jean-Claude Polack : La médecine du capital)

LE XX ème SIECLE : LES LUTTES, LA RECUPERATION, LE BILAN.

Prenant conscience de sa situation objective et de son rôle économique primordial, le prolétariat s'est organisé dans la lutte pour obtenir des droits de santé. Les premiers essais ont été des assurances maladie facultatives, corporatistes, à caractère mutuel. Puis ce fut la consécration de droits généraux en 1936, définitivement institutionnalisés en 1945 par la création de la sécurité sociale. Parallèlement, on a créé des organismes de médecine sociale visant, théoriquement, à niveler les inégalités sociales face aux dangers de la maladie. Mais l'esprit ne correspond pas à la lettre

" Nous révisons nos machines régulièrement et savons qu'il est
" plus économique de procéder à de menues réparations avant qu'elles
" soient détériorées complètement. Pourquoi ne pas appliquer le
" même principe à la conservation de l'homme ?

(Henry Sigerist : Civilization and disease)

" la nécessité de la sécurité sociale est indiscutable. Mais
" son extension incontrôlée ne doit pas compromettre le développe-
" ment économique. Elle ne doit pas non plus décourager les indivi-
" dus et les groupes de prendre leur part de responsabilités en
" face des risques fondamentaux de l'existence.

(Conseil national du patronat français)

Autrement dit, le rapport de force institué depuis plusieurs décennies par le prolétariat empêche de renier ce qui existe : la S.S. Malgré tout, la santé humaine reste une denrée commerciale qui non seulement se vend, mais encore se marchande : le progrès sanitaire n'est accepté par les pouvoirs publics et la classe dirigeante que s'il a fait les preuves de sa rentabilité économique.

On l'a bien vu en 1967, lorsque le déficit de la S.S. a atteint des proportions telles que le gouvernement en a rejeté la responsabilité sur les usagers, en promulgant des ordonnances. On le voit bien aussi lorsque des experts utilisent l'argument économique de la rentabilité pour proposer des mesures de santé.

" Du XVIII ème au XX ème siècle, tandis que l'espérance de vie
" doublait, la frange de celle ci consacrée à l'activité productrice
" est passée de 13 à 40 ans ; le potentiel a donc plus que triplé,
" et celà grâce au seul progrès de la médecine.

" Chaque acte médical est destiné soit à prévenir un risque
" de maladie (c'est à dire à empêcher qu'un travailleur ne soit
" immobilisé au préjudice de sa famille, de son employeur, de l'état),
" soit à préserver une vie de travailleur ou de futur travailleur,
" soit à reconstituer la force de travail d'un individu et à facili-
" ter sa réintégration dans la vie active.

" Par la prévention, la médecine écarte du corps social la
" menace des grandes épidémies, des maladies endémiques, des décès
" prématurés. Elle présente le double avantage économique d'éviter
" le coût d'immobilisation d'un travailleur et celui de son traite-
" ment médical à une phase où la maladie est plus difficile à
" combattre.

" D'autre part, la guérison de chaque citoyen immobilisé garde
" un travailleur à l'économie, évite au malade d'avoir à assumer les
" charges de sa famille et de sa guérison, lui permettant ensuite,
" par son activité future, de compenser les charges que son affection
" avait momentanément causé à la collectivité.

" Les dépenses de santé sont donc, en réalité, de pures dépenses
" d'investissement en travailleurs, et critiquer leur ascention des
" investissements d'une firme dans ses outils les plus rentables.

(Catherine et Georges Mathé : la santé est-elle
au-dessus de nos moyens ?)

Cette merveilleuse phraséologie fait l'apologie non pas de la valeur de la vie humaine mais du rendement des machines irremplaçables que sont les esclaves du système capitaliste. A la lecture de ce texte, on pourrait ne pas s'étonner outre mesure de voir apparaitre dans ses lignes l'expression "fiche d'entretien de la machine humaine". Dans tout ce verbiage, on ne peut que regretter qu'il s'adapte parfaitement à l'idéologie dominante, sans tenir compte d'aucune valeur affective concernant le malade et ses rapports avec le milieu ambiant. Doit-on faire de la médecine l'arme de la lutte contre la morbidité sous toutes ses formes ou le bastion avancé de la protection du potentiel de production industrielle ?

" En fait, les décisions prises dans le cadre du V ème plan
" en dehors de quelques réalisations exceptionnelles que l'on
" pourra montrer aux délégations étrangères, aboutissent à une
" stagnation, voire une dégradation de notre équipement médico-
" sanitaire et, en particulier, de tout ce qui touche la prévention

" et le dépistage, tant sur le plan matériel que sur la plan humain.

" Cette orientation générale ne devrait pas nous surprendre.
" En 1958, le rapport Rueff-Armand estimait que "la progression des
" dépenses de l'assurance maladie est un phénomène général, continu,
" dont l'ampleur devient "inquiétante" et que "les charges s'accrois-
" sent sans aucun frein puisque c'est la décision de l'usager qui
" engage les dépenses et celle du médecin qui fixe le montant,
" sans que la responsabilité du premier, qui n'est que faiblement en
" cause soit de nature à le retenir". La conclusion de ce rapport se
" formulait "afin de réduire la consommation médicale, une commis-
" sion sera chargée d'élaborer les règles de traitement les plus
" économiques".

" En 1963, le Haut comité médical donnait à cette façon d'envi-
" sager les problèmes de la santé, son estampille médicale. Je cite
" le texte du Haut comité médical :

" "Une première difficulté réside dans l'impossibilité de
" définir avec précision l'état de maladie, notion essentielle dont
" l'importance a pu légitimement échapper aux fondateurs et aux
" administrateurs de l'assurance. Si la maladie organique est de
" plus en plus identifiable et indiscutable, elle ne représente
" qu'une petite fraction des prestations servies par l'assurance
" maladie. Il n'en est pas de même des multiples manifestations
" fonctionnelles ou générales présentées par le malade. Quelques
" exemples apparaissent presque superflus pour illustrer cette
" notion : la douleur, manifestation subjective, est incontrôlable,
" la fatigue, également subjective est incontrôlable et l'on ne
" peut établir à partir de quelle intensité elle devient état de
" maladie ; l'insomnie, l'inappétence, les désordres neuro- végéta-
" tifs de toute sorte, les réactions psycho-somatiques sont
" également incontrôlables. Dans bien des cas, la difficulté est
" d'établir la frontière entre un état constitutionnel pratiquement
" irréversible et un véritable état de maladie d'où doivent découler
" soins et repos éventuels." Et ceci pour aboutir à la conclusion
" suivante : "sous certaines conditions tenant à la maladie ou à
" l'assuré, ou aux deux, une hiérarchie dans les risques et dans
" le taux des prestations n'est pas inconcevable et est peut-être
" une condition indispensable à l'équilibre désiré".

(.....)

" Si la façon de concevoir la douleur, la fatigue et toutes
" ces réactions psychosomatiques est de la part du Haut comité
" médical surprenante, la conclusion du rapport Rueff-Armand semble
" devoir être retenue : "Afin de réduire la consommation médicale,
" disait-il, une commission sera chargée d'élaborer les règles de
" traitement les plus économiques". Nous ne ferons pas l'injure de
" suspecter les maîtres à penser de l'état que les "règles de
" traitement" comprennent prévention et médecine de soins, — d'autant
" qu'ils parlent des "règles les plus économiques".

(Le droit à la santé nécessite une politique sanitaire cohérente : intervention du docteur Jean-François Rey au 6 ème congrès national des médecins de centres de santé.)

C'est ainsi que la politique santé de la classe dirigeante se manifeste insidieusement à tous les niveaux de l'activité sociale. On va en donner quelques exemples.

L'automobile est devenue aujourd'hui une nécessité économique, un instrument de travail, un élément de confort et, en allant au fond des choses, un élément de santé. (Réductions des heures perdues en transport, réduction de la durée de l'absence du domicile, possibilité de se promener en famille et de quitter l'atmosphère polluée des villes....) Le transport routier est aussi un des principaux moyens d'échanges de l'économie industrielle. Malheureusement, les victimes des accidents de la route sont de plus en plus nombreuses. Aucune action réellement efficace n'est préconisée pour remédier à cet état de fait.

La pollution est à l'ordre du jour. On commence à en ressentir les effets et à en mesurer les dangers. On en connait les responsables. Rien n'est fait pour la faire diminuer. En dépit de paroles qui ne sont que des voeux pieux, les arbres ne sont pas replantés mais arrachés. On préfère réaliser des profits importants à court terme que de prévoir une campagne antipollution au service de la santé publique (dont la rentabilité pourrait bien se vérifier à moins long terme qu'on ne le pense habituellement.).

En ce qui concerne les accidents du travail, on sait qu'ils sont un fléau social. Pourtant, bien que des textes régissent les normes de sécurité, aucun contrôle efficace n'est appliqué. Lorsque les règles de sécurité sont respectées, c'est souvent au détriment du confort du travailleur. (exemple : au niveau des presses à emboutir de l'industrie métallurgique.)

Tout converge, actuellement, pour chasser du domaine du droit à la santé ce qui n'est pas immédiatement rentable pour l'industrie et l'éco-

nomie. Les maladies mentales mineures type névroses, liées aux conditions de travail parfois désastreuses, ne sont pas dépistées et, si elles le sont, elles ne sont pas souvent soignées. Enfin, reprenant la tendance du rapport Rueff-Armand, et surtout les termes de sa conclusion, on peut s'apercevoir qu'une série de pressions s'exerce, visant à dissuader les travailleurs à bénéficier de la médecine et des soins auxquels d'autres milieux plus aisés ont automatiquement droit, car, pour ces derniers, la santé constitue toujours un luxe accessible.

Non, le rapport Rueff-Armand et les conclusions du Haut comité médical ne sont pas restés lettres mortes, comme en attestent les exemples suivants.

Premier exemple : le profil médical.

Afin de faire prendre conscience aux médecins du rôle qu'ils jouent dans les dépenses maladie, la sécurité sociale et les administrations ont établi des canons de l'ordonnance moyenne sur le plan de son coût monétaire. C'est ce qui a donné le profil médical. Il est effectivement justifié que les médecins sachent à quoi s'en tenir lorsqu'ils prescrivent un ou plusieurs médicaments. "Si l'on prenait la précaution, à efficacité supposée égale, de choisir le médicament le moins cher, si l'on veillait à ordonner l'arrêt des médications, des antibiotiques en particulier, dès que l'action souhaitée est atteinte, on obtiendrait assez facilement une diminution de ces dépenses de l'ordre de 20 % sans que, en aucun cas, ait été mis en cause l'intérêt du malade." (Professeur Denoix : leçon inaugurale.) Ce point de vue est parfaitement justifié, mais il ne tient compte que d'une partie de l'ensemble des problèmes que posent les dépenses de santé : le médecin n'est qu'un élément parmi d'autres dans la fixation du prix d'un traitement :

- c'est le laboratoire pharmaceutique qui fixe le prix du médicament ;
- c'est aussi le laboratoire pharmaceutique qui, par le biais de la publicité, fait prescrire le produit et, malheureusement, en l'absence d'expérimentation sérieuse et sérieusement contrôlée, les résultats escomptésne sont pas régulièrement atteints : c'est là une critique générale de la publicité sous tous ses aspects : faire croire à des valeurs qu'un produit ou une denrée ne présentent pas :
- c'est précisément à ce niveau que la sécurité sociale ne prend

pas ses responsabilités. Quant aux pouvoirs publics, il semble qu'ils préfèrent incriminer la responsabilité des malades et des médecins, au lieu d'attaquer de front les vrais problèmes : le système libéral et concurrentiel de la médecine menant à des prescriptions de complaisance d'une part, la toute puissance des laboratoires pharmaceutiques (et leur rôle capital dans l'enseignement post-universitaire), d'autre part. º

Il ne faut pas mélanger, en ce qui concerne les dépenses médicamenteuses, la part qui revient aux carrences des pouvoirs publics, la part qui revient à la faiblesse du système d'information du milieu médical, et la responsabilité des malades. Il n'en reste pas moins vrai que le profil médical constitue un moyen de pression sur les prescriptions des médecins. En Allemagne, ce système est poussé à l'extrême : si l'on juge qu'un médecin a effectué une prescription abusive, on peut lui faire rembourser la part des dépenses jugées abusives. Pour faire face à ces pressions, le médecin sera irrémédiablement tenté de proposer des traitements de bas étage aux économiquement faibles, tout en invitant les gens issus des milieux aisés a assumer par leur propre financement le coût de leurs soins. D'où l'inégalité devant la maladie.

Deuxième exemple : la hiérarchisation des remboursements.

Certaines maladie sont remboursées à 100 %, d'autres à 90 %, d'autres encore à 70 %. Comment celà a-t-il pu être imaginé ? Y aurait-il des vraies et des fausses maladies ?

Ces deux premiers exemples constituent la réponse d'une part au rapport Rueff-Armand (élaborer les règles de traitement les plus économiques, en liant au sein d'une responsabilité commune celui qui engage les frais, le malade, et celui qui en fixe le montant, le médecin.) : "vous pouvez disposer de telle somme ; débrouillez vous pour ne pas la dépenser." D'autre part, réponse au Haut commité médical : "une hiérarchie dans les risques et dans le taux des prestations n'est pas inconcevable."

Troisième exemple : les maladies professionnelles.

On sait que certains métiers, dans certaines conditions, comportent le risque de faire apparaitre des maladies que le travailleur n'aurait pas contractées dans d'autres conditions de travail : c'est ce qu'on appelle les maladies professionnelles. Au lieu de se donner les moyens de

º Voir Nouvel Observateur du 2/4/73 : des milliards sur ordonnances.

remédier à ces maladies en instituant des règles de sécurité ou des moyens de protection et de prévention, on a jugé plus rentable de laisser la maladie s'emparer des individus exposés au risque et de leur verser ensuite une indemnité. C'est là un des aspects les plus cyniques du système du profit : dans ce cadre, le mépris de la personne humaine atteint des records ; on a même osé codifier ces risques, publier des tableaux de maladies professionnelles, fixer des barêmes d'indemnisation. On préfère programmer la maladie et sa compensation, plutôt que de la supprimer.

Quatrième exemple : les primes de fin d'année.

L'assiduité constitue un des principaux critères pour l'établissement de cette prime, équivalent du 13 ème mois. Cette pratique a lieu dans nombre d'entreprises, y compris dans certains services publics. L'absentéïsme pour cause de maladie entraîne la diminution de la prime proportionnelle à la durée de l'absence : autrement dit, ce sont les plus malades qui sont les plus pénalisés ! Si la maladie se prolonge, la prime est supprimée. Ceci s'adresse à des milieux de travailleurs où la suppression d'un revenu de 1 000 francs équivaut à des sacrifices et des restrictions familiales très lourdes. Il y a bien là une dissuasion aux soins, une pression constante visant à rentabiliser au maximum la force de travail des individus, au mépris de leur santé. Même le congé de maternité pénalise les travailleurs vis à vis de la prime de fin d'année. Et même les accidents du travail dont, en principe, l'employeur est responsable.

Le seul fait que des campagnes soient faites officiellement en vue de la diminution de l'absentéisme pour cause de maladie constitue un scandale sur le plan du droit à la santé pour tous. Ces campagnes revêtent deux aspects principaux :

- à l'échelon local : notes de service et statistiques d'établissements ;
- à l'échelon national : statistique d'ensemble de l'économie nationale ; l'O.R.T.F. se charge régulièrement de diffuser le bilan de ce que coûte la maladie à l'économie, sur le plan des dépenses de soins proprement dites, mais aussi sur le plan du coût des indemnités journalières et du manque à gagner de la production industrielle.

Tout est mis en oeuvre pour culpabiliser les malades. Le ton employé vise à stigmatiser les travailleurs pour qu'ils prennent sur eux, c'est-à-dire

sur leur santé, de limiter leurs absences pour cause de maladie. Cet exemple illustrerait peut-être l'allusion du Haut commité médical à "l'impossibilité de définir avec précision l'état de maladie".

Cinquième exemple : l'organisation de la médecine de mine.

Elle est régie, dans son fonctionnement, par une habitude déplorable, instituée par les médecins : ces derniers ne délivrent les attestations de S.S. ou les certificats que dans leur local d'exercice professionnel. Le cabinet de consultation est ouvert pendant quelques heures par jour. En dehors de ces heures d'ouverture, le local est fermé. Tous les malades désireux d'obtenir une consultation doivent venir pendant les heures d'ouverture. Il s'ensuit de longues attentes de plusieurs heures, institutionnalisées par le système. Si un malade fait un appel de nuit, le médecin des mines doit y répondre. Mais le lendemain, et seulement le lendemain, le malade ou sa famille devra aller faire la queue au local médical pour recevoir ses papiers, attestations, certificats,... etc... puisque l'habitude empêche de procéder autrement. Il y a, une fois de plus, une dissuasion aux soins.

Tous ces exemples montrent le peu de cas que fait l'idéologie dominante, avec sa classe dirigeante, de la dignité humaine et du droit à la santé de chacun. Il est bien évident que les pressions exercées par un grand nombre de moyens ne visent qu'à utiliser la médecine pour rentabiliser au maximum le potentiel de travail et de production des hommes. Il est tout aussi évident que ces mesures affectent beaucoup plus les milieux défavorisés que les milieux nantis. Les statistiques de morbidité le prouvent d'ailleurs incontestablement.

" L'espérance de vie, en 1955, allait de 60/62 ans pour les
" manoeuvres à 72/74 pour les professions libérales, en passant par
" la hiérarchie sociale la plus explicite : mineurs (58/61), ouvriers
" (63/65), commerçants (65/67), employés (68/70).

(Jean-Claude Polack : la médecine du capital. )

L'égalité devant la maladie apparait maintenant comme de la poudre jetée aux yeux. La médecine de classe, en dépit des réticences du corps médical est un fait réel : devant la maladie, selon leurs origines sociales, las malades sont soumis à un système où on applique deux poids et deux mesures. La sécurité sociale, qui devait niveler ces inégalités,

s'est vue récupérée par la classe dirigeante qui ne désire que la mettre à son service, et a été intégrée dans le système de rentabilisation des individus.

"Le premier coup que les princes portent à la liberté n'est pas de violer avec audace les lois, mais de les faire oublier. Pour enchaîner les peuples, on commence par les endormir. (....)

La liberté a le sort de toutes les choses humaines ; elle cède au temps qui détruit tout, à l'ignorence qui confont tout, au vice qui corrompt tout et à la force qui écrase tout."

( Marat : Les chaines de l'esclavage.)

Voir aussi le chapitre : médecine et lutte des classes : approche de la notion de droit à la santé.

ANNEXE Nº 4 : DROIT A LA SANTE ET LUTTE DES CLASSES.

Si l'on reprend les termes de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, on note :

1º) que ces droits sont naturels, inaliénables, sacrés et imprescriptibles ;

2º) que ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l'oppression...

Liberté, résistance à l'oppression, sûreté se sont effectivement avérés naturels, inaliénables, sacrés et imprescriptibles, car ils ne font référence qu'à la valeur humaine exclue de toute contingeance matérielle. Reste la propriété, et surtout la propriété des moyens de production, qui s'est avérée être aliénante de par les différences sociales qu'elle a introduite dans la société, et c'est la raison pour laquelle elle ne pouvait être admise comme un droit sacré, naturel, inaliénable, imprescriptible. Par conséquent, le désir de supprimer la propriété en tant que droit a mené au développement de la lutte des classes. Sur le plan des droits de santé, cette lutte s'est caractérisée par des prises de position diverses selon les milieux, et dont on va donner des exemples.

RESISTANCE DU PATRONNAT AUX REFORMES DE 1936

" .... En attendant le praticien capable de porter le fer dans la
" plaie, notre marine marchande se meurt lentement. (...).
" Il faut encore que les frais d'exploitation ne soient pas telle-
" ment supérieurs qu'ils rendent impossible de la réalisation de béné-
" fices suffisamment rémunérateurs. Faute de quoi toute société d'arme-
" ment est destinée à végéter, en attendant de faire faillite ou d'être
" obligée d'entrer en liquidation avec de sérieuses pertes.
" Sous ce rapport les heures de travail ont une influence prépon-
" dérante.
" Comment veut-on que puisse lutter, sur le marché international,
" avec quelque chance de succès, un armateur dont les équipages concur-
" rents travaillent jusqu'à 20 heures de plus par semaine ? (...)
" Un des premiers sòins du réformateur devra être de restaurer
" l'autorité, de plus en plus compromise, du capitaine et des officiers
" qui le représentent. Ce n'est pas une simple fantaisie qui a fait de
" lui le maître après Dieu. (....)

" Un premier coup a été porté à son autorité avec l'application
" de la loi de 8 heures. (...) Si encore on s'en était tenu là !
" Les inconvénients de la loi de 8 heures ont été, depuis lors,
" aggravés par l'application de celle des 40 heures de travail par
" semaine, et surtout par l'abus qu'on en a fait. (...)
" Il faut interdire l'entrée, à bord, de toute personne étrangère
" à l'équipage se présentant au nom de quelque organisation terrestre
" que ce soit. Les affaires maritimes doivent se traiter entre marins
" et marins embarqués.
" Mais ce n'est pas tout encore.
" L'autorité du capitaine est fortement battue en brèche par
" l'institution de délégués chargés de lui présenter les réclamations
" et les doléances des hommes de l'équipage. (...)
" A vrai dire, l'institution de celui-ci (le délégué) ne s'impo-
" sait pas, bien au contraire. Un ministre de grande valeur y avait
" suppléé depuis plus de 2 siècles. Il s'agit d'un certain Colbert,
" dont les institutions ont si bien fait leurs preuves qu'elles sub-
" sistent encore. (...)
" Nos modernes réformateurs mettent en avant la volonté de placer
" les travailleurs maritimes sur le même pied que les travailleurs
" terrestres. Ils se moquent du monde et vont à l'encontre de la
" réalité des faits. (...)
" Enfin il faudra réprimer, avec une telle vigueur qu'elle en
" provoque la suppression, toutes les grèves qui éclatent à chaque
" instant, sous le moindre prétexte, et qui nous font, à l'étranger,
" le plus grand tort. (...)
" Quand on aura remis de l'ordre et de la discipline dans la
" maison, rendant par ce moyen, l'exploitation plus facile et plus
" régulière, le plus fort travail sera fait. (...)
" La politique de l'autruche n'a jamais produit que de mauvais
" résultats. Plus longtemps nous la pratiquerons et pire ils seront.

(G. de Raulin : La grande malade : redressement nécessaire. Journal de la marine Le Yacht. Plaisance guerre commerce nº 2888 du Samedi 30 Juillet 1938.)

LE POINT DE VUE DES TRAVAILLEURS

" Les milliers de travailleurs manuels et intellectuels qui
" manifestaient ces jours derniers dans les rues de Paris contre les
" conditions de transport portaient témoignage des responsabilités
" du capitalisme dans les nuisances qui portent atteinte à la santé
" des hommes de notre époque.

" Le problème que pose la mutation de la médecine, mutation
" à l'aube de laquelle nous nous trouvons seulement, est celui d'en
" finir, en matière de santé, avec la notion d'assistance à laquelle
" il s'agit de substituer celle de l'accès le plus large de tous aux
" possibilités de prévention, de dépistage, de diagnostic, de soins,
" de réadaptation et de réinsertion sociale qu'offre la médecine.

" (...) Le progrès de la médecine appelle la constitution d'équi-
" pes qui se caractérisent, d'une part, par un niveau de spécialisa-
" tion toujours plus élevé et, d'autre part, par l'élargissement
" constant de leur travail pluridisciplinaire. (...)

" Là comme dans les autres domaines de la vie nationale, il
" (le pouvoir) s'efforce de procéder à des adaptations, dont nous
" ne nions pas la réalité pour tenter d'y faire face, car il ne peut
" ignorer ni la pression des besoins objectifs encore accrus par sa
" propre carence, ni le poids des luttes ouvrières et démocratiques.

" Mais là comme dans les autres domaines, ces adaptations sont
" éléborées et mises en oeuvre dans un cadre aux limites infranchis-
" sables : celui qui est fixé par les intérêts des grandes féodalités
" industrielles et financières que sert le pouvoir. (...)

" Lorsque Monsieur Pompidou affirme que, entre les dépenses
" d'éducation et de santé et les investissements industriels, il
" faut choisir, il révèle par là même des objectifs réels que le
" gouvernement poursuit sous le couvert de l'industrialisation.

" Opposer les nécessités de l'industrialisation à la satisfaction
" des besoins sociaux, c'est avouer en définitive qu'elle n'a rien
" de commun avec le développement d'une économie moderne répondant à
" l'intérêt national. (...)

" A la vérité, ce n'est pas l'économie qui est ainsi mise en cause.
" Ce qui vous gêne, c'est moins ce que vous appelez l'accroissement de
" la consommation médicale, que ce qui subsiste de cette conquête

" essentielle des travailleurs à la libération : la sécurité sociale.

" Votre objectif c'est, là comme ailleurs, d'imposer un transfert
" de charges. Vous voulez que diminue la part relative des dépenses
" de santé des travailleurs et de leurs familles couvertes par la
" sécurité sociale et les crédits publics. Vous voulez que les travail-
" leurs soient contraints de prélever davantage sur leurs moyens d'exis-
" tence pour préserver leur santé, et lorsqu'ils ne le pourront pas, ils
" devront se contenter d'une médecine au rabais. (...)

" Le gouvernement et le patronat n'ont pas pu imposer de front
" comme ils le souhaitaient, une nouvelle réduction des prestations de
" la sécurité sociale. La résistance des travailleurs les a, jusqu'à
" maintenant,contraints à y renoncer.

" Ils s'efforcent de recourir à des voies détournées, plus subtiles,
" pour tenter de parvenir au même résultat.(...)

(Intervention de Roland Leroy à l'Assemblée Nationale le 3 Décembre 1970 sur le projet gouvernemental de réforme hospitalière.)

ENTRE LES DEUX PARTIES : LE MEDECIN

" La classe ouvrière saisie par l'urgence des nécessités matérielles,
" désirait d'abord une couverture sociale effective des risques qui
" n'avait que trop tardée. Coupée du pouvoir, coupée du corps médical,
" elle était contrainte dans son aspiration au droit à la santé à
" atteindre en une première étape ce but limité : le remboursement à
" 80 ou 100 %.

" L'état libéral, de son côté, ne pouvait certes pas esquiver un
" certain nombre de responsabilités. La prévention, la lutte contre les
" grands fléaux sociaux en particulier, s'imposaient d'autant plus à lui
" que les structures libérales de la profession médicale étaient profon-
" dément inadaptées à ces tâches sociales. Mais il n'était pas dans ses
" principes d'intervenir dans le domaine privé de la maladie et encore
" moins d'en assumer la charge. Rien n'était plus loin de ses intentions
" que de promouvoir une politique sanitaire cohérente à long terme, en
" essayant de dégager prospectivement, les dominantes techniques et
" économiques qui étaient en train de transformer les conditions
" d'exercice des professions sanitaires.

" Il a donc été heureux de trouver un système donnant satisfaction
" aux usagers du point de vue financier sans toucher aux structures et
" lui permettant de renvoyer aux calendes les difficiles problèmes que
" lui posait l'adaptation de la médecine au monde moderne.
" Les médecins enfin constataient quotidiennement l'inégalité
" scandaleuse devant la maladie du fait des conditions d'existence.
" Ils se plaignaient aussi de conditions de travail de plus en plus
" pénibles et inadaptées. Mais ils se savaient dans une société libéra-
" le et soumis aux lois d'une économie de marché. Naguère, les groupes
" de pression (sociétés mutualistes, assurances privées), avaient pesé
" lourd sur le tiers état médical, et l'Etat pour ses pauvres lui
" jetait une aumône. Les médecins fonctionnaires dans tous les pays
" connaissaient une situation médiocre et une condition subalterne.
" Notre peur des collectivités est née de là. Puisque le droit à la
" santé implique une solidarité et une organisation dont on a lieu de
" craindre qu'elle écrase les médecins, faisons la part du feu, limi-
" tons nous au remboursement à 80 % et sauvons nos structures libérales.
" Ainsi, pour des motifs différents, par entente tacite, usagers,
" corps médical et pouvoir ont accepté que le débat autour du droit
" à la santé devienne le débat autour de la rémunération à l'acte
" taxé.
" Il devait, après une guerre de 30 ans, se terminer par le décret
" du 12 Mai 1960. Ce dernier consacrait les structures existantes.
" Il maintenait la liberté inconditionnelle des usagers. Il main-
" tenait le libéralisme médical, avec la multiplicité de ses circuits
" de distribution sans lien entre eux et l'isolement concurrentiel des
" praticiens.
" L'adaptation entre ces deux libertés était réalisée par la
" taxation de la rémunération directe à l'acte, seule "originalité"
" du système.

( Docteur François Goust : Droit à la santé et système conventionnel. 6 ème congrès des médecins de centres de santé. )

ANNEXE Nº 5 : ETHIQUE ET MYTHE, MEDECINE ET SANTE POPULAIRE.

" - Ne prenez pas d'alcool, ne prenez pas de médicaments pour
" vous endormir ou vous calmer. Ne prenez pas de fortifiants : prenez
" le pouvoir, c'est plus sain.
" - Si vous vous sentez mal à l'aise, si vous vous ennuyez
" devant la télévision, c'est parce que la télé vous intoxique.
" - Attention TELE : toxique.
" - L'alcool tue à 100 à l'heure.
" - La société capitaliste tue même à pied.
" - Médecine du travail : médecine de l'exploitation ou exploi-
" tation de la médecine.
" - Médecine du travail : défense des travailleurs ou police
" de l'entreprise ?...
" - Défense de travailler 11 mois pour vivre 4 semaines de congés
" payés. Il faut vivre 12 mois.
" - Après une journée de travail harassante et sans aucun intérêt
" vous n'avez pas envie de faire l'amour. La médecine n'y peut rien avec
" ses médicaments et ses bonnes paroles. C'est la journée de travail qu'il
" faut changer, rendre vivable. Le médecin c'est vous. Prenez le pouvoir
" dans l'entreprise et dans la société, devenez les maîtres de votre vie.
" Vous êtes fatigués parce que le travail que vous faites vous
" emmerde. Refusez les fortifiants.
" TRAVAILLEURS !
" Si vous êtes fatigués des cadences du contremaître, du patron,
" des machines, deux solutions :
" 1º) Vous demandez sans hésiter un arrêt de travail ; la sécurité socia-
" le est là pour celà. Et dites vous bien que de toute façon, au
" bout du compte, c'est vous qui payez.
" 2º) Ou bien alors prenez le pouvoir dans l'entreprise, vous faites la
" révolution, c'est mieux."

( Tract "subversif" distribué aux portes des usines Renault,
à Flins, en Février 1969, par un commité d'action santé.)

La violence de cette manifestation prouve combien le mythe médical, bien que non cité explicitement, est profondément ressenti comme une limite absolue de l'action sanitaire du médecin. La médecine du travail : "de la poudre jetée aux yeux..." La prise de conscience des limites du champ d'action de la médecine et de la responsabilité du médecin dans son incompréhension de nombreuses causes de malaises morbides chez les travailleurs, repose sur l'élargissement de la notion de droit à la santé. Dans ce tract, le médecin n'a pas sa place car, intégré ( parfois malgré lui ) aux structures d'intervention du pouvoir d'état, il ne peut rien pour aider les travailleurs à résoudre leurs problèmes de santé, dès que ceux ci sortent du cadre strict de la maladie. "A quoi bons les médecins, peuvent dire les travailleurs, s'ils ne comprennent ni ne partagent nos luttes ?" On en trouve une autre expression dans le tract suivant, du Black Panther Party.

" Ce qui suit est un projet tactique pour le programme médical
" gratuit, applicable dans n'importe quel groupe. Celui ci suppose un
" minimum d'investissements financiers et de technologie, un maximum
" de bénéfices pour la communauté, un maximum d'éducation politique.
" Premier mois, mois de l'anémie. 30 % des pauvres aux U.S.A.
" ont de l'anémie. L'anémie est due à la malnutrition, les vers intes-
" tinaux, les fortes menstruations et autres maladies. Elle fatigue le
" peuple et l'affaiblit, raccourcit son temps d'existence.
" Les cadres de santé vont couvrir la communauté d'un systè-
" me de porte-à-porte et de consultations de rues. Des tests rapides
" ( par prélèvement d'une goutte de sang au doigt ) permettront de
" reconnaître les anémies existantes.
" Deuxième mois, mois des vers intestinaux. Un dixième des
" pauvres en Amérique ont des vers intestinaux ( parasites ). Ceux ci
" vivent dans nos tripes et nous rendent malades en buvant notre
" sang, mangeant notre nourriture, et en provoquant des diarrhées.
" Ces vers peuvent être facilement dépistés et éliminés mais le gou-
" vernement les aime bien parce qu'ils maintiennnent les opprimés
" dans la maladie et la faiblesse. Les cadres de santé prélèveront
" des échantillons de merde sur chacun et chercheront les vers au
" microscope. En cas de dépistage, des médicaments et des conseils
" seront donnés.

" Troisième mois, mois de malnutrition. Les deux tiers des
" peuples du monde sont mal nourris, et ne reçoivent pas assez d'ali-
" ments pour maintenir la force de travail de leur corps. Nous fai-
" sions nous même partie de ces deux tiers. En agissant intelligemment
" nous pouvons améliorer notre alimentation. Les cadres de santé
" vont expliquer partout comment faire intelligemment ses achats et
" ses repas. Les petits déjeuners gratuits sont un bon moyen d'obte-
" nir une nourriture suffisante pour nos enfants. Halte à la malnu-
" trition, par tous les moyens !
" Quatrième mois, mois de la sécurité des armes. Le peuple
" vit dans la frustration et souvent nous nous battons entre nous
" avec des couteaux, des matraques ou des pistolets parce que nous ne
" connaissons qu'une voie de révolte. C'est exactement ce qu'ils
" attendent ; ils échappent ainsi à notre colère, car nous l'épuisons
" entre nous. L'utilisation des couteaux, des grenades, des révolvers,
" ....etc..., est la seule façon de s'opposer aux dirigeants armés de
" notre pays. C'est une attitude démentielle que de nous en servir les
" uns contre les autres.
" Des cadres de santé parleront pendant un mois de la nature
" de la société, de la nécessité des armes, de la manière et de la
" nécessité de bien s'en servir.
" Cinquième mois, mois de l'oeil et de l'oreille. Les cadres
" de santé iront dans chaque maison avec des appareils portatifs pour
" l'examen des yeux et des oreilles. Nous aiderons à résoudre tous
" les problèmes de la vision et de l'audition, afin que tu puisses,
" toi et ta famille, entendre et voir tout ce qui se passe....
" Sixième mois, mois de la bouche. Les cadres de santé
" examineront les bouches des gens, pour rechercher les caries, des
" carences vitaminiques, des inflamations des gencives. La plupart
" des dents des pauvres pourrissent vers la quarantaine, du fait de
" soins insuffisants et de régimes alimentaires défiscients. Nous
" vous conseillerons, nous vous donnerons un bilan de votre état, vous
" indiquerons où vous soigner, comment vous occuper de vos dents et
" de vos gencives.
" Par ailleurs la section B.P.P. offre le traitement continu
" de l'intoxication par les drogues et le secours adéquat pour

" obtenir la réforme militaire. Si vous avez besoin de ces services,
" avisez en un cadre de santé.
" Service de santé, section de Staten Island ( N.Y. )
" Parti des Black Panthers."

Dans ces deux tracts très extrêmistes, c'est une prise de conscience globale du phénomène santé et de sa dialectique politique, qui est exprimée. Confinés dans le champ clos de la maladie et réfugiés dans leur tour d'ivoire, les médecins ne survivent que grâce au mythe purificateur de la maladie qui leur incombe. Bien peu comprendraient actuellement pourquoi ils devraient se mêler à la population et accepter sa participation dans la définition de l'action sanitaire. A une gestion mixte de la santé publique, le corps médical oppose le libéralisme et l'indépendance professionnelle.

Parallèlement, au lieu d'être honoré, il est payé à l'acte taxé ; au lieu d'être un artisan de la défense de la santé, il n'est qu'un guérisseur de la maladie ; au lieu d'être un conseiller de synthèse, il n'est qu'un moyen de parer à l'urgence. La société a ainsi défini des cas d'urgence :

- la maladie "grave" sera pour l'hopital ;
- la folie sera pour l'asile ;
- le petit désordre et l'anxiété qui en découle seront pour ce sorcier mythique : le médecin libéral omnipraticien qui guérit quelquefois, soulage souvent, réconforte toujours, faute d'avoir d'autres moyens d'action.

Dès qu'un médecin sort de ce cadre pour participer à l'exposer populaire des problèmes de santé, le mythe médical s'effrondre. Le corps médical et la majorité de l'opinion publique, agissant en conformité avec l'idéologie dominante, condamnent.

" APPRENONS A FAIRE L'AMOUR
" car c'est le chemin du bonheur.
" C'est la plus merveilleuse façon
" de se parler et de se connaître.

" Préface à cette deuxième édition :

" A l'origine, nous avons écrit ce papier essentiellement pour
" les écoliers et lycéens. Par la suite, compte tenu des réactions
" suscitées par la lecture dans d'autres milieux (jeunes ouvriers,
" adultes), nous est apparue la nécessité de le distribuer dans tous
" les milieux, sans tenir compte des problèmes de langage. Partout,
" la question doit être posée et débattue au grand jour, sans menson-
" ges, sans hypocrisie, sans interdits. Nous verrons en fonction des
" réactions entendues après la distribution, les suites qui doivent
" être données à cette première expression écrite du comité d'action
" de Corbeil pour la libération de la sexualité. Parlez-vous, parlez
" nous.

" I . L'homme possède un organe de tissu érectile : la verge.
" La femme possède un organe beaucoup plus petit mais équivalent,
" situé au dessus de l'orifice extérieur du vagin : le clitoris.

" Ces deux organes sont de taille variable suivant les indivi-
" dus mais celà n'a aucune importance : il n'y a pas lieu de s'en
" inquiéter, l'important est de savoir s'en servir.

" En effet, ce qui est important, c'est que leur excitation
" par toutes formes de caresses produit un plaisir croissant qui
" provoque du même coup le désir de continuer.
" Ce plaisir se traduit :

" - localement, par une érection de ces deux organes, c'est
" à dire un durcissement et une augmentation de leur taille
" et de leur chaleur ainsi que, chez la femme, une sécré-
" tion abondante qui humidifie l'intérieur du vagin (ce qui
" va favoriser la pénétration éventuelle et les mouvements
" de la verge : le coït ) ;
" - généralement, ce plaisir croissant envahit l'ensemble du
" corps et se termine par l'orgasme ( ou jouissance si
" l'excitation n'est pas interrompue ).

" 2 . En dehors de ces deux organes, spécifiquement sexuels,
" le corps possède d'autres zones (dites "zones érotiques") dont
" l'excitation par des caresses procure du plaisir, ou rend plus intense
" le plaisir obtenu par l'excitation des organes sexuels. Ces zones
" érotiques varient selon les sexes et selon les individus (elles sont
" d'autant plus nombreuses et utiles que les individus sont refoulés

" sexuellement) : ce sont, par exemple, les lèvres, la bouche, les
" oreilles, la nuque, les seins, la face interne des cuisses, les
" fesses, le ventre, etc...

" 3 . Les caresses peuvent être prodiguées par soi même
" (masturbation) ou par une partenaire (relations homosexuelles ou
" hétérosexuelles).

" L'intérêt de la masturbation est notamment de bien connai-
" tre votre corps et les plaisirs qu'il peut vous procurer, ce qui
" parait indispensable à la connaissance d'autres corps (il faut noter
" par ailleurs qu'elle peut permettre de combler le vide d'une heure
" de classe ou d'une soirée ennuyeuse).

" L'intérêt de l'homosexualité vient surtout du fait que les
" relations hétérosexuelles (filles-garçons) sont généralement inter-
" dites par l'hypocrite autorité morale (qui d'ailleurs a le culot
" de blâmer l'homosexualité).

" Les relations hétérosexuelles cependant paraissent les plus
" riches de plaisir.

" Ce papier est fait pour encourager les relations sexuelles,
" du baiser au coït en passant par les caresses les plus variées, entre
" les individus de sexes différents. D'une manière générale pour encou-
" rager toutes les activités sexuelles : car, comme le reste, on
" "apprend" à faire l'amour et on fait des progrès.

" 4 . L'aboutissement des caresses constitue s'il n'y a pas
" d'interruption, l'orgasme qui se traduit chez l'homme par une éjacu-
" lation de sperme et dans les deux sexes par un état d'abandon complet
" avec des mouvements et des paroles involontaires. Cet état de jouis-
" sance maxima est de courte durée et plus ou moins intense. Il est
" suivi d'une phase de relachement (relaxation) très agréable et
" calmante.

" 5 . La pénétration du vagin par la verge (coït) est une
" forme d'acte sexuel complet : elle présente le risque cependant de
" grossesse si l'éjaculation de sperme a lieu pendant la période de
" fécondité de la femme (à mi distance des règles, mais il faut se
" méfier de cette approximation surtout lorsque les cycles menstruels
" ne sont pas réguliers, ce qui est fréquent, notamment chez la jeune
" fille). A notre époque, cet inconvénient peut être facilement dépas-

" sé par l'utilisation de contraceptifs efficaces (pilules, diaphragmes).
" Ceux-ci utilisés correctement évitent la crainte toujours présente
" d'une grossesse prématurée et des pratiques barbares (retrait du gar-
" çon avant l'éjaculation par exemple) qui, outre qu'elles sont peu
" sûres sont généralement défavorables à l'atteinte de l'orgasme par
" l'un ou l'autre des partenaires ou les deux. Les pilules notamment
" peuvent être prises par les filles dès que le désir de relations
" hétérosexuelles apparait.

" 6 . Il faut noter dans le chapitre d'autant plus court qu'il
" veut souligner avec force que les notions de "normal" et "d'anormal" ne
" sont nullement fondées. En toute pratique sexuelle, ce qui compte
" c'est le désir qu'on en a et le plaisir qu'on y trouve, la plus
" grande liberté doit guider la variété de nos choix. Il n'y a qu'un
" danger, c'est le défoulement des désirs. Il n'y a pas d'anormal.

" 7 . Ces quelques lignes sont bien shématiques et partielles,
" mais nous engagent à agir. Faites lire ce papier autour de vous,
" discutez en, complétez le, pratiquez le surtout. Méprisez et plaignez
" ceux qui en riront et ne croyez pas sur parole ceux qui feront
" comme s'ils connaissent : nous savons que les deux tiers des gens
" sont impuissants ou frigides et qu'ils l'acceptent. C'est contre
" celà que nous luttons et peut-être contre ceux-là.

" Au cas où vous auriez des explications à demander, interro-
" gez vos parents ou vos professeurs.

" Vous comprendrez d'après leurs réactions (en général :
" "vous en parlerez quand vous serez plus grands" ou encore gêne voire
" hostilité).

" Vous comprendrez pourquoi vous n'y avez pas pensé plus tôt.

" Vous comprendrez que vous êtes déjà "grands".

" Vous saurez ce qui vous reste à faire.

Comité d'action sexuelle de Corbeil pour
la libération de la sexualité.

" Tract diffusé à l'entrée du lycée de Corbeil,même à des élèves de
" la classe de sixième, affiché dans le préau.
" Auteur : docteur Carpentier, Corbeil.

(Bulletin du conseil national de l'ordre des médecins, Mars 73)

Le docteur Capentier a été suspendu pendant un an. On fera le rapprochement avec ce qui se passe dans la pratique psychiatrique : libérer les patients de leurs interdits et refoulements sexuels constitue la part la plus importante et la plus difficile du travail du psychiatre. Mais ce travail et les explications qui en découlent doivent rester enfermes dans les murs de l'asile, et c'est celà le plus important. Travail curatif, mais nullement préventif par ailleurs. Qu'importe, pourvu que le mythe médical soit respecté. Par conséquent, ce n'est pas pour le fond que le docteur Carpentier a été condamné mais pour la forme qu'il a donné à ses propos.

LA FAUTE.

" L'interdiction d'exercer pendant un an, qui a frappé de
" docteur Carpentier, a semblé à beaucoup d'une extrême sévérité.
" Le professeur Lortat Jacob, président du conseil de l'ordre des
" médecins, justifie en ces termes la sanction qu'ont prise les
" instances disciplinaires du corps médical :
" "Le docteur Carpentier a été condamné, non pas pour avoir
" fait de l'éducation sexuelle, mais à cause de la diffusion d'un
" tract qui prône la plus basse sexualité dans les termes les plus
" crus et les plus abominables qui soient.
" Ce sont des fautes de nature à troubler l'ordre public et
" la conscience des familles. Autant comme médecin, dans son cabinet,
" s'il est consulté par une famille pour un enfant qui a des problè-
" mes sexuels il peut donner les conseils qu'il veut — c'est la
" prescription médicale — et je ne lui nuance pas ce droit ; d'autant
" parce qu'il est médecin, publier un papier et le distribuer à la
" sortie des lycées en tenant des propos qui sont vraiment choquants,
" pour les parents en particulier, n'est pas admissible. Celà porte
" atteinte à la dignité de la profession et à l'opinion que le public
" se fait encore et à juste titre, de la majorité des médecins."

( 24 - 25 Décembre 1972 ).

(Bulletin du conseil national de l'ordre des médecins, Mars 1973 ).

ANNEXE Nº 6 : ETHIQUE ET MYTHE : ELECTRONIQUE ET MEDECINE.

" 6ème Congrès National des Médecins de Centres de Santé.

" A Montréal, à l'Exposition Universelle et sous l'oeil du
" public, un analyseur à douze canaux reçoit des échantillons venant
" de différents hôpitaux. Il ne s'agit pas d'échantillons comparables
" à ceux des examens de santé mais d'échantillons de malades réels,
" hospitalisés ou en attente, de différents hôpitaux de Montréal. Ce
" système est directement connecté à une machine d'acquisition de
" données, c'est à dire une machine qui reçoit des signaux de cet ana-
' lyseur et traduit les informations sans aucun calcul sur des cartes
" perforées.

" Ces cartes sont mises dans un lecteur de cartes et l'image
" de ces cartes perforées se trouve immédiatement à quelques kilomètres
" de là à l'hôpital Notre Dame, la liaison entre les deux étant faite
" par une ligne téléphonique du réseau normal.

" A l'hôpital Notre Dame les cartes sont mises dans un ordina-
" teur qui fait un certain nombre de contrôles sur les données, un
" certain nombre de calculs de corrections nécessaires et imprime les
" résultats.

" Il garde également en mémoire ces informations. Lorsque ce
" même malade aura le lendemain ou beaucoup plus tard de nouvelles
" informations transmises par l'ordinateur, celui-ci retrouvera les
" informations précédentes et ajoutera à côté des résultats qui vien-
" nent de lui être transmis les résultats précédents.

" Dans une étape prochaine les résultats de laboratoire seront
" même depuis cet ordinateur directement distribués dans les hôpitaux
" par le même système que tout à l'heure, c'est-à-dire une ligne
" téléphonique et à l'autre bout une machine à écrire automatique.

Du débat qui a suivi, on citera l'extrait suivant :

" Un autre point contre lequel je voudrais m'élever c'est celui
" d'envisager une technique d'examens de santé faisant uniquement

" appel à la machine. Le médecin reste essentiel et la clinique reste
" primordiale.
" Si le médecin n'intervient pas et si vous présentez le
" malade aux machines, les gens iront chez des guérisseurs.
" Docteur Reboul. — Mais le guérisseur n'aura pas accès à la
" médecine.
" Docteur Joutard. — Il s'en gardera bien car il perdrait
" des clients.

Evoquer l'éventualité du remplacement du médecin par un ordinateur provoque un profond malaise, particulièrement au sein du corps médical. Pourtant l'électronique fait déjà partie de la vie quotidienne de la pratique médicale. C'est le cas par exemple, de l'E.C.G. ou de l'E.E.G. Dans ces deux exemples le médecin conserve ses prérogatives. Il donne les instructions à la machine et il en interprête les résultats.

Par ailleurs, on sait maintenant qu'il est possible d'obtenir des interprétations très valables par des ordinateurs. Dans le cadre médical, on n'utilise qu'une infime partie de ce que pourrait fournir l'électronique. Mais est-il souhaitable d'en appliquer toutes les possibilités à la médecine. C'est sans doute le coeur du problème, avec ses deux aspects qui apparaissent nettement dans le débat cité ci-dessus :

- le point de vue du médecin ;
- le point de vue de l'usager.

1º) Pour le médecin, c'est avant tout la crainte de devenir inutile. C'est aussi la disparition complète du mythe médical, donc la perte du prestige lié à l'exercice professionnel.

2º) Pour l'usager, c'est la perte de relation humaine, avec un thérapeute. Il est très improbable que les malades souhaitent actuellement rompre avec cet aspect interpersonnel de la médecine. Certes le recours à un ordinateur bien conçu modifierait considérablement les données de l'éthique médicale :

- le malade n'aurait plus à résoudre le problème du choix toujours subjectif de son médecin.

- la médecine serait uniformisée, normalisée et par le biais technologique, il serait possible de réaliser l'égalité de tous devant la maladie (si l'on peut seulement envisager la maladie en tant que telle, abstraitement, sans tenir compte d'aucun facteur lié à l'environnement)

Cette conception "électronique" de la médecine ne peut guère être évoquée que dans le cadre d'une société désaliénée sous tous ses aspects. Rien ne permet de penser que la civilisation évolue ou évoluera dans ce sens.

Quoi qu'il en soit, un exemple permet de situer le débat correctement dans son contexte contemporain.

L'institut européen de recherches pour la prolongation de la vie humaine PROLONVI. º envoie à domicile des questionnaires médicaus destinés à être analysés par ordinateur. Les questionnaires comportent 145 questions auxquelles il faut répondre par oui ou par non, en cochant dans une case, avec 43 questions médicales et 102 questions psychiques ou psycho-somatiques. Pour la somme de 38 Frs en 1971, on pouvait recevoir, selon le dépliant publicitaire, "votre ordonnance de longue vie prévisco-pe, dactylographiée "sur au moins 30 pages IBM"composée :

- du profil caractériel ;
- du profil santé ;
- du bilan des aptitudes de longue vie ;
- de l'ordonnance de longue vie

La lecture des 145 questions montre leur bien fondé médical et psychiatrique, et permet d'escompter des réponses adaptées et judicieuses, si l'ordinateur a été correctement programmé.

Quel médecin, lors de la 1ère consultation qu'il dispense à un malade, est capable de lui poser 145 questions, de les analyser, de lui fournir une réponse détaillée (30 pages) pour la somme de 38,00 Frs ? Et d'abord, une telle procédure serait-elle admise par le consultant ?

º Institut PROLONVI - BP 341.08 Paris 8ème ou Cédex VIII 8394 Paris-Brume. Les questionnaires sont fournis sur simple demande.

ANNEXE Nº 7. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE.

Extraits des circulaires nº 431 et 443.

Circulaire nº 431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. (Journal officiel du 21 avril 1972.)

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale à :
Messieurs les préfets de région ;
Messieurs les préfets des départements :
Messieurs les chefs des services régionaux de l'action sanitaire et sociale ;
Messieurs les médecins inspecteurs régionaux de la santé ;
Messieurs les directeurs départementaux de l'action sanitaire et sociale ;
Messieurs les médecins inspecteurs de la santé, (pour exécution).

(....) De nombreuses directives, rapelées ci-dessus, vous ont déjà fait part de la politique sanitaire à appliquer en vue de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales et l'alcoolisme, organisation dont les contours, à la lumière d'expériences encore récentes se sont peu à peu précisés, et dont l'apport se révèle indéniablement bénéfique, tant pour les malades que pour la collectivité.

L'intervention de textes récents nous oblige à prévoir une organisation basée sur un règlement départemental dont les grandes lignes ont été tracées par l'arrêté du 14 mars 1972 et qui sera complété par des conventions de secteur.

Il me paraît nécessaire d'accompagner l'arrêté précité et le modèle de convention qui y est annexé, du rappel de quelques notions de base et de quelques commentaires.

I - LA SECTORISATION.

1º) La sectorisation constitue un des éléments essentiels de la politique sanitaire à appliquer en vue de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales et l'alcoolisme. Avec le développement des toxicomanies au cours de ces dernières années, elle concerne également

les soins aux toxicomanes, pour lesquels le recours au médecin psychiatrique est souvent nécessaire.

L'attachement des autorités sanitaires à cette politique a d'ailleurs été affirmé et réaffirmé depuis plus de dix ans.

(....) Le "secteur" constitue la base du service public destiné à répondre à la demande de soins de la population qui y réside.

C'est donc tout d'abord une aire géographique tenant compte des conditions démographiques à l'intérieur de laquelle est organisée la distribution des soins psychiatriques aux malades qui en ont besoin. Ceux-ci sont soit des consultants externes, soit des hospitalisés dans les hôpitaux généraux ou dans les hôpitaux psychiatriques, ou dans les hospices, ou dans tous autres établissements.

Le secteur est constitué de divers services destinés à permettre l'exercice des activités de prévention, de cure (y compris les traitements ambulatoires) et de postcure que nécessite l'état du malade.

Il est confié à un médecin psychiatrechef de secteur, qui a la responsabilité d'une équipe composée de médecins, assistantes sociales, psychologues, infirmières, etc. Outre les soins, ce médecin, assisté de l'équipe, doit assurer les liaisons utiles avec tous ceux qui peuvent contribuer à la réadaptation et la réinsertion sociale des malades, et notamment les médecins praticiens, les services sociaux de base, les employeurs et les services de reclassement professionnel, les mouvements d'anciens malades, l'appareil judiciaire, le cas échéant, etc. (une note annexe fournit quelques précisions sur l'équipe).

(....) Désormais, selon les dispositions de l'arrêté ministériel du 14 mars 1972, il fera l'objet d'un véritable règlement d'ensemble, déterminé par l'arrêté préfectoral, et concernant aussi bien les modalités administratives, techniques et financières de fonctionnement du service de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies que l'équipement des locaux.

(....) L'existence officielle de ce règlement permettra notamment l'intervention de conventions de création de secteur réglant les échanges de services et les prestations financières entre les organismes impliqués.

(....) D'autre part, il conviendra de ne pas perdre de vue la néces-

sité d'une harmonisation progressive du secteur psychiatrique avec les différents types de secteurs sanitaires ou sociaux existants ou à créer.

Je crois devoir souligner que la mise au point du règlement départemental, objet d'études attentives de la part des instances intéressées, nécessitera de larges consultations, à l'initiative du directeur départemental de l'action sanitaire et sociale et du médecin inspecteur départemental de la santé, notamment des médecins et des représentants des hôpitaux. Souvent, il y aura également intérêt à prendre l'avis des représentants des hôpitaux. Souvent, il y aura également intérêt à prendre l'avis des représentants du personnel et d'institutions appelées à concourir à l'application de la politique de secteur.

Il semble, en effet, que le bon fonctionnement d'un organisme aussi complexe que le secteur nécessite un large consensus des participants.

## II - LES CONVENTIONS.

Pour chaque secteur, la convention de base est conclue entre le préfet (direction départementale de l'action sanitaire et sociale) et le directeur de l'hôpital dans lequel se trouve le service de psychiatrie.

(....) Les deux cosignataires pourront signer à leur tour une convention avec d'autres établissements hospitaliers ou institutions privées situés dans le secteur. Ces établissements rembourserons soit à l'hôpital, soit au département les dépenses entraînées par les prestations de service dont ils sont bénéficiaires.

## INDICATIONS CONCERNANT L'EQUIPE DE SECTEUR.

Vous souhaiteriez certainement que soit définie ici "l'équipe de secteur" terminologie correspondant à un idéal souvent fort éloigné de la réalité.

Il est impossible toutefois d'en donner la composition type, étant donné que la taille et la composition de l'équipe sont appelées à varier en fonction de situations locales : étendue des secteurs, concentration ou dispersion de la population, équipement général du département, dimensions du service de base (et poids éventuel des "chroniques" à l'hôpital), fonctions d'enseignement assurées par les médecins, de monitorat par les infirmiers, etc.

En tout état de cause l'équipe doit être pluridisciplinaire, et comporter des médecins, infirmmiers, assistantes sociales, psychologues en ce qui concerne la psychiatrie générale des secteurs de base. Pour la psychiatrie infantile, un personnel spécifique : éducateurs et rééducateurs en particulier, doit en outre être prévu.

Il faut aussi compter que plus il y a de temps passé en déplacements, plus l'équipe doit être fournie ; de même, si le secteur comporte des hôpitaux, hospices et I.M.P. dont elle doit assurer la surveillance ; de même si le service hospitalier est très restreint (comme parfois lors d'un démarrage) et qu'il faut multiplier les soins en extra-hospitalier, etc.

L'équipe en tous cas, recouvre la notion de travail en commun, pour un personnel qui, bien que d'origine et de statut divers comprend l'intérêt des objectifs poursuivis en vue de la réadaptation des malades.

En fixant un "calendrier", le département et les administrations hospitalières pourront envisager les créations de postes indispensables à l'application du règlement départemental.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE.
DGS/443/MS1. Paris, le 16 mars 1972.
Circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des déplacements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents.

(....) C'est pourquoi il est nécessaire de promouvoir une action concertée en vue du regroupement dans un même ensemble fonctionnel des différents courants qui se sont manifestés dans le passé.

La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales avait inauguré en ce domaine une politique de secteur qu'il convient maintenant de développer et d'harmoniser avec les autres "secteurs" d'action sanitaire et sociale intéressant l'enfance et l'adolescence.

Pour parvenir à cet objectif, il importe de bien préciser la raison d'être du secteur psychiatrique, et en particulier du secteur de psychiatrie, infanto-juvénile :
celui-ci n'est pas pure entité abstraite et statique mais il se définit par l'action d'une équipe dans une aire géographique donnée dont la situation, la délimitation sont en rapport direct avec la nature des besoins à satisfaire et des actions à entreprendre.

## II - LES NOUVEAUX OBJECTIFS.

La politique de secteur en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales de l'enfance et de l'adolescence vise à améliorer les actions actuellement entreprises dans le domaine de la prévention primaire, du traitement et des mesures d'adaptation socio-éducatives.

### A. Son cadre :

1º) Limitation géographique

Il doit être déterminé de telle façon que l'enfant ou l'adolescent puisse être pris en charge tout en continuant à vivre dans son milieu familial ou, en cas d'impossibilité d'en être peu éloigné. Cette limitation des distances permet également à une équipe médico-sociale, grâce à des déplacements restreints, non seulement d'avoir un meilleur rendement, mais aussi de prendre en charge des institutions diversifiées et implantées en des endroits distincts.

2º) Importance démographique

Ils sont ainsi appelés à répondre aux besoins d'une population d'environ 200 000 habitants. Mais il faut souligner que ce chiffre de 200 000 habitants n'a pas été choisi après une étude scientifique ; il tient compte d'un état de pénurie et ne permet de couvrir qu'un minimum de besoins. Il est d'autre part évident que la détermination de la population exacte du secteur devra être effectuée dans chaque cas particulier enttenant le plus grand compte des réalités socio-économiques. Le fait notamment que la population d'un département soit inférieure à 200 000 habitants n'est pas un obstacle à la création d'un secteur. Il constitue néanmoins la trame indispensable à partir de laquelle on peut

envisager de créer chaque fois que c'est possible, des sous-secteurs rapprochant davantage les institutions du sujet concerné et de sa famille. C'est à ce dernier niveau que l'articulation devrait être la plus étroite avec, d'une part les équipes de psychiatrie générale et, d'autre part, avec les pédiatres et les médecins scolaires oeuvrant dans les circonscriptions d'action sanitaire et sociale prévues par la Directive générale nº 105 du 25 mai 1969.

Le traitement de l'enfant implique nécessairement une action avec les parents et éventuellement une action sur ceux-ci. Il y a lieu de souligner l'importance de cette dernière dimension. Il s'agit souvent d'une simple guidance mais parfois d'une véritable thérapie accomplie avec le consentement des familles.

B. Son but :

Il consiste à réaliser au mieux l'ensemble des actions préventives, telles qu'elles ont été définies par l'Organisation Mondiale de la Santé :

1º) Rappel des différents types de prévention

2º) Conditions dont dépend la qualité des actions préventives

Le dépistage précoce des diverses désadaptations et inadaptations.

Réserves faites des consultants amenés par leurs parents, il faut citer les enfants pour lesquels une consultation a été demandée par les médecins praticiens, les commissions médico-pédagogiques, le service d'aide sociale à l'enfance, le juge des enfants et d'une façon générale les services sociaux. Le dépistage précoce implique que des liaisons étroites soient assurées à tous ces niveaux et notamment avec les services publics de protection maternelle et infantile et ceux de santé scolaire.

L'apport du pédiatre est indispensable, car l'examen clinique du nouveau-né et du nourrisson, nécessite une formation spécifique et une longue expérience.

L'apport du médecin scolaire n'est pas moins essentiel car il est spécialiste du milieu scolaire.

Ceci permet de comprendre la nécessité du travail en équipe pluridisciplinaire.

## III - LE BILAN DIAGNOSTIC.

A. Ses caractéristiques :

Il comporte :

- l'étude sociale comportant une investigation approfondie dans le milieu de vie de l'enfant, réalisée par l'assistante sociale en liaison avec toutes les personnes éventuellement concernées, par exemple les éducateurs, les travailleuses familiales, les animateurs socio-culturels, etc...
- s'il y a lieu, l'étude de la situation scolaire (niveau, aptitude, comportement).

Ces différentes approches doivent obligatoirement s'intégrer dans une étude synthétique du cas et tenir compte également, s'il y a lieu, de rapports particuliers, tels ceux qui peuvent être présentés par des éducateurs spécialisés.

B. Ses moyens :

C. Ses suites :

1º) La détermination des actions à entreprendre :

2º) Le choix des modes de cure :

Etant donné que la classification des établissements sera envisagée plus loin, on précisera seulement les principes appelés à guider le choix du médecin :

a) Maintenir l'enfant dans son milieu familial et dans son milieu scolaire habituels, chaque fois que c'est possible du point de vue médical et du point de vue social.

Comme corollaire à la règle précédente, donner la préférence, sauf indication contraire, aux traitements pratiqués dans les centres à séjour partiel (hôpital de jour, externat médico-pédagogique et médico-professionnel). Le développement et l'augmentation du nombre de ces centres qui sont appelés à couvrir la majorité des besoins doit donc revêtir un caractère prioritaire.

IV - LES ETABLISSEMENTS.

A. Les centres de diagnostic et de traitement ambulatoire

1º) Le dispensaire d'hygiène mentale :

2º) La consultation hospitalière externe :

3º) Le centre médico-psycho-pédagogique :

B. Les établissements à séjour partiel :

1º) L'hôpital de jour :

2º) L'externat médico-pédagogique :

3º) L'externat médico-professionnel :

C. Les établissements à séjour continu :

1º) Le service hospitalier de psychiatrie infanto-juvénile :

2º) L'institut médico-pédagogique et l'institut médico-professionnel fonctionnant en internat :

D. Les établissements de suite :

1º) L'hôpital psychiatrique d'adultes :

2º) Le travail en milieu protégé :

a) Le centre d'aide par le travail :
b) L'atelier protégé :
c) Le secteur protégé intégré dans un cadre normal de travail :

3º) Le foyer :

V - LA CONTINUITE DE L'ACTION.

Cette continuité est indispensable. Sans qu'il y ait de hiatus temporel, elle permet d'harmoniser les actions entreprises pendant une durée souvent longue - qui peut recouvrir dans certains cas l'ensemble de l'enfance, de l'adolescence et même de l'âge adulte - et d'éviter ainsi pour les sujets concernés des facteurs d'inadaptation supplémentaires de façon à permettre à tout moment la réinsertion en milieu normal. Elle ne met naturellement pas en cause le libre choix du médecin.

A. La coordination est améliorée par :

1º) L'institution d'ensembles cohérents d'établissements

En psychiatrie, il est difficile de séparer diagnostic et thérapeutique.

(....) C'est pourquoi, il faut mettre en place dans la zone géographique correspondante à la population concernée un dispositif permettant d'éviter la discontinuité de l'action par l'institution de groupements cohérents d'établissements.

Il faut souligner que ce dispositif ne doit pas être limité aux établissements relevant du seul Ministère de la Santé Publique

et de la Sécurité Sociale, mais au contraire comprendre des établissements relevant du Ministère de l'Education Nationale ou du Ministère du Travail.

(....) C'est pourquoi une circulaire interministérielle ultérieure établie par le Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale et par le Ministère de l'Education Nationale viendra compléter les présentes instructions en précisant les liaisons fonctionnelles qui devraient s'établir entre les établissements et organismes contribuant à la lutte contre les maladies et déficiences mentales relevant de l'un et de l'autre département.

2º) La création de groupements d'établissements

B. La coordination des équipes psychiatriques :

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile doit être articulé d'une part avec les secteurs de psychiatrie générale et d'autre part avec les structures dévolues à l'enfance inadaptée qui sont inévitablement concernés.

Vont ainsi intervenir au sein d'une même population d'une part des psychiatres des hôpitaux publics exerçant les uns dans des secteurs de psychiatrie générale, les autres dans des secteurs de psychiatrie infantile, et par ailleurs des psychiatres recrutés par des associations privées gestionnaires d'établissements.

Il faut donc concilier la diversité des interventions avec la nécessité de poursuivre une action unitaire et pour celà il importe d'organiser la concentration entre les psychiatres de toutes origines et les travailleurs sociaux intéressés sous l'égide des autorités préfectorales représentées par le Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale et le Médecin Inspecteur Départemental de la Santé et avec le concours du Médecin Chef du secteur de psychiatrie infanto-juvénile et de l'Inspecteur Adjoint au Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale chargé des problèmes de l'enfance.

ANNEXE Nº 8 : CONTRAT DE TRAVAIL DES MEDECINS A TEMPS PLEIN.

UNION DEPARTEMENTALE MUTUALISTE DES TRAVAILLEURS DES BOUCHES DU RHONE.

1º) PRINCIPES GENERAUX.

Article 1.

Le Docteur..... s'engage à consacrer entièrement son activité professionnelle au service de : ..... géré par l'union départementale mutualiste des travailleurs des bouches du Rhône.

Il déclare parfaitement connaître dans quel esprit médico-social a été créée cette unité de soins et s'engage à développer ce travail d'équipe en apportant toutes ses connaissances constamment améliorées en vue de donner aux malades une médecine humaine, sociale et de qualité, exercée dans l'esprit de la médecine de famille qui suppose une continuité effective des soins.

De plus et dans l'intérêt des malades, ce même esprit de collaboration sera entretenu avec l'ensemble du personnel soignant et administratif de l'Etablissement et avec le Conseil d'Administration gestionnaire.

Article II.

Le Docteur..... exercera suivant les prescriptions du code de déontologie et les dispositions légales en vigueur. Son exercice médical sera effectué en toute indépendance. Il sera libre de choisir, sous son entière responsabilité et dans l'intérêt du malade, tout procédé de diagnostic et tout mode de traitement. Aucune personne (administrateur - cadre ou employé) ne pourra en aucune façon intervenir dans ses rapports professionnels avec ses malades.

Article III;

Le Conseil d'Administration de l'Union Départementale Mutualiste des Travailleurs met à la disposition du Docteur..... les locaux, le matériel, le personnel indispensable, et, d'une façon générale, tous les moyens nécessaires pour lui permettre d'exercer sa profession dans les meilleures conditions et avec le maximum de garanties.

Le Conseil d'Administration de l'Union Départementale Mutualiste des Travailleurs s'engage en outre, à étudier et appliquer dans la mesure de ses disponibilités financières sur avis du Conseil Médical de l'Union, toutes les suggestions tendant au renouvellement ou à la modernisation de l'équipement professionnel.

2º) ACTIVITE PROFESSIONNELLE.

Article IV.

Le Docteur..... doit assurer une activité médicale de quarante heures réparties sur les six jours de la semaine, selon un horaire journalier déterminé par le Conseil d'Administration, après avis du Conseil Médical et du Centre et suivant les nécessités de l'établissement.

L'activité médicale du Docteur..... comporte l'obligation d'assurer les consultations et actes médicaux au cabinet, ainsi que les visites à domicile, les gardes de nuit, de Dimanche et de jours fériés. L'organisation de ces gardes de Dimanche et de jours fériés sera déterminée par le règlement intérieur de chaque centre.

Article V.

Le Docteur..... s'engage à avoir à sa disposition un véhicule automobile (couvert par ses soins en responsabilité civile illimitée pour usage professionnel) ainsi que le téléphone à son domicile.

Article VI.

Aucun changement d'établissement ne pourra se faire qu'avec l'accord du Docteur..... et celui du Conseil d'Administration.

3º) REMUNERATION.

Article VII.

Il est attribué au Docteur..... un coefficient de 100 points médicaux, à partir duquel est calculé son traitement mensuel de base.

La valeur du point médical est indexé sur les indices suivants :

- pour 50 % de sa valeur sur le salaire de référence de l'Association générale des retraites par répartition (A.G.R.R.) tel qu'il est publié chaque année par cet organisme.
- Pour 12,50 % de sa valeur sur la lettre clef "C" omnipraticien de la nomenclature des actes médicaux, tarif de remboursement de la Caisse Primaire de Sécurité Sociale des Bouches du Rhône pour l'agglomération marseillaise.
- Pour 12,50 % de sa valeur sur les lettres clefs "V + ISD.
- Pour 12,50 % de sa valeur sur la lettre clef "K".
- Pour 12,50 % de sa valeur sur la lettre clef "R". (électroradiologue)

Au premier Janvier de chaque année, il est calculé une nouvelle

valeur du point en fonction de la variation en pourcentage des indices ci-dessus mentionés pendant l'année civile précédente.

Article VIII.

Au traitement mensuel de base ainsi défini, s'ajoutent les primes suivantes :

1º) Prime de titres : conformément au tableau des titres annexé au présent contrat, le Docteur..... , en sa qualité de ..... bénéficiera d'une prime de titre égale à..... % du traitement mensuel de base.

2º) Prime d'ancienneté : conformément aux dispositions relatives à l'ancienneté annexées au présent contrat, le Docteur..... percevra :

- au titre de l'ancienneté dans la profession : ..... % du salaire de base.
- au titre d'ancienneté dans l'établissement :
  - au bout de un an de fonction, 1 % du salaire de base ;
  - au bout de 2 ans de fonction, 2 % du salaire de base ;
  - au bout de 3 ans de fonction, 3 % du salaire de base ;
  - au bout de 4 ans de fonction, 4 % du salaire de base ;
  - au bout de 5 ans de fonction, 15 % du salaire de base ;
  - au bout de 8 ans de fonction, 20 % du salaire de base ;
  - au bout de 11 ans de fonction, 25 % du salaire de base ;
  - au bout de 14 ans de fonction, 30 % du salaire de base ;
  - au bout de 17 ans de fonction, 35 % du salaire de base ;
  - au bout de 20 ans de fonction, 40 % du salaire de base ;
  - au bout de 23 ans de fonction, 45 % du salaire de base ;
  - au bout de 26 ans de fonction, 50 % du salaire de base ;

Le total des primes d'ancienneté cumulées ne pourra dépasser 50% du salaire mensuel de base.

L'ancienneté s'entend pour les périodes d'activité ininterrompues. Toutefois, les arrêts de travail dus à la maladie dûment justifiés, dans la limite d'un an, n'interrompent pas l'ancienneté.

3º) Prime liée aux conditions particulières de l'exercice de l'omnipraticien : en contrepartie de l'obligation qui lui est faite d'assurer les visites à domicile, les gardes de nuit, de Dimanche et de jours fériés, le Docteur..... percevra une prime égale à 16% du salaire de base.

Article IX.

Aucune rémunération ne viendra s'ajouter à celles définies ci dessus et ce, pour quelque cause que ce soit. Aucun supplément d'honoraires ne pourra être réclamé aux malades par le Docteur..... . Une infraction constatée à cette règle, entrainerait ipso-facto, la réalisation du présent contrat sans préavis, ni indemnité.

4º) AVANTAGES SOCIAUX.

Article X.

Le Docteur..... bénéficiera d'un congé d'un mois, pour lequel il lui sera alloué une indemnité de congé payé égale à un douzième des traitements perçus pendant la période de référence, qui s'étendra du ler Juin de l'année précédente au 31 Mai de l'année en cours.

L'époque de congé sera fixée après accord intervenu au moins trois mois à l'avance entre les deux parties et compte tenu des exigences du service, sauf dérogation exceptionnelle acceptée par les parties.

En cas de résiliation du présent contrat par l'employeur, avant que le Docteur..... ait pu bénéficier de son congé annuel, le droit ouvert à ce congé en vertu des dispositions qui précèdent, lui est intégralement conservé.

Article XI.

Outre le congé prévu à l'Art. X ci-dessus, le Docteur..... pourra bénéficier d'un congé supplémentaire limité à huit jours par an pour assister à des Congrès Médicaux ou suivre des cours de perfectionnement sur justification et après accord avec le Conseil d'Administration de l'Union Départementale Mutualiste des Travailleurs.

Article XII.

En cas d'arrêt de travail résultant de maladie ou d'accident, le Docteur ..... percevra son traitement plein pendant les six premiers mois sous déduction des indemnités journalières qui lui seront dues par la Sécurité Sociale et le demi-traitement pendant les six mois suivants, sans aucune déduction.

Une reprise effective de travail d'un an sera toutefois nécessaire pour qu'il puisse bénéficier à nouveau des garanties ci-dessus.

En cas d'arrêt de travail pour maternité, le Docteur..... percevra son traitement plein, dans la limite des 14 semaines, sous déduction des indemnités journalières qui lui seront dues par la Sécurité Sociale. Cette garantie pourra se cumuler avec celle prévue pour les arrêts de maladie, dans la limite et selon les modalités définies aux alinéas précédents.

Article XIII.

Le Docteur..... sera affilié par les soins de l'U.D.M.T. au régime retraite et prévoyance cadre de l'Association Générale de Retraite par Répartition (A.G.R.R.) suivant les modalités définies à l'annexe du présent contrat.

5º) RESILIATION DU CONTRAT.

Article XIV.

Le présent contrat est à durée indéterminée. La partie qui voudra y mettre fin, devant obligatoirement prévenir l'autre partie par pli recommandé avec accusé de réception, au moins douze mois à l'avance.

Ce délai pourra être réduit, si le Docteur..... présente un remplaçant agréé, après avis du Conseil Médical, par le Conseil d'Administration de l'U.D.M.T..

Article XV.

En cas de résiliation par le Conseil d'Administration de l'Union Départementale Mutualiste des Travailleurs, non provoquée par la non exécution du présent contrat, le Docteur..... pourra prétendre à une indemnité de rupture de contrat.

Cette indemnité sera réglée sur la base de un mois de traitement par année d'ancienneté dans l'Etablissement, sans qu'elle puisse être inférieure à 12 mois, ni excéder 18 mois.

Article XVI.

Le présent contrat pourra être résilié de plein droit par le Conseil d'Administration, sans préavis, ni indemnité, dans le cas de faute grave appréciée dans les conditions aux Art. 19, 20, 21 ci-dessous

et en cas de faute contre l'honneur ou de délit de droit commun.

Article XVII.

Il est entendu que le Docteur..... cessera son activité à l'âge de 65 ans, sauf circonstances indépendantes de la volonté des parties. La cessation des fonctions dans ces conditions, entraînera la résiliation de plein droit du présent contrat sans préavis, ni indemnité.

Article XVIII.

En cas de rupture du contrat par le fait du Docteur....., celui-ci s'engage à ne pas créer ou reprendre de cabinet médical ou dentaire dans la commune de..... , pendant toute la période de préavis et pendant les 24 mois qui suivront la cessation du contrat.

6º) LITIGES.

Article XIX.

Tout litige administratif portant notamment sur l'exécution ou la réalisation du présent contrat, sera soumis à l'examen de la Commission paritaire définie à l'Art. 20, ci-après.

Article XX.

La Commission Paritaire prévue à l'Art. 19, est composée de :

- trois médecins et trois suppléants élus chaque année au scrutin secret par l'ensemble des praticiens à plein temps.
- trois Administrateurs et trois suppléants nommés par le Conseil d'Administration de l'U.D.M.T. .

Article XXI.

Tout litige portant sur des questions purement professionnelles est de la compétence exclusive de la juridiction disciplinaire et sera soumis au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

7º) DISPOSITIONS DIVERSES.

Article XXII.

En cas d'absence de longue durée nécessitée par la maladie ou

tout autre cas de force majeure, ainsi que pendant son congé annuel, le Docteur ..... pourra proposer son remplaçant à l'agrément du Conseil d'Administration de l'U.D.M.T. . Le dit remplaçant doit être régulièrement inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins, et avoir l'accord écrit de l'Ordre des Médecins.

Le Docteur ..... reprendra ses fonctions de plein droit dès la fin de son absence.

Article XXIII.

Le Conseil d'Administration de l'U.D.M.T. s'engage à contracter une assurance responsabilité civile couvrant le Docteur ..... pour tous les actes effectués par lui et dépendant de l'exercice de sa profession dans l'Etablissement ou pour le compte de l'Etablissement.

Article XXIV.

Le Docteur ..... fait partie des Conseils Médicaux dont la composition et le fonctionnement sont définis par le règlement intérieur annexé au présent contrat.

8º) STAGE.

Article XXV.

Il est prévu une période d'essai d'un an, à la fin de laquelle la titularisation du Docteur ..... dans ses fonctions devra être prononcée par le Conseil d'Administration après avis du Conseil Médical de l'Union, du Médecin Chef du centre assisté du Conseil Médical du Centre et du Médecin Chef de l'Union.

Pendant cette période d'essai, le traitement du Docteur ..... tel qu'il ressort des stipulations contenues aux articles 7 et 8, sera affecté d'une minoration de 5 %.

Les dispositions contenues dans les articles 12 - 13 - 14 - 15 - 17 - 19 - 20 - 22 et 24 du présent contrat ne prendront effet qu'à dater de la titularisation deu Docteur ..... . Toutefois, en ce qui concerne l'affiliation à la retraite, elle prendra effet rétroactivement une fois la titularisation prononcée, à la date d'entrée en fonction dans l'Etablissement.

Pendant la durée de cette période d'essai, le présent contrat pourra être résilié unilatéralement par l'une ou l'autre partie sans préavis ni indemnité.

Le présent contrat prend effet au .....

Fait à Marseille en triple originaux,

Le.....

## ANNEXE DU CONTRAT DE TRAVAIL.

1º) PRIMES DE TITRE.

Le barème des titres reconnus par l'Union Départementale Mutualiste des Travailleurs des Bouches du Rhône, est fixé comme suit :

- externe (nommé sur concours) des hôpitaux publics de ville de faculté, 2 % du salaire de base ;
- titulaire d'un certificat d'études spéciales, 16 % du salaire de base ;
- interne (nommé sur concours) des hôpitaux publics de villes de faculté, 24 % du salaire de base ;
- assistant des hôpitaux publics de villes de faculté, nommé sur concours (ancien régime) ou médecin adjoint des hôpitaux de villes de faculté (nouveau régime), 29 % du salaire de base.

Par hôpitaux de villes de faculté, on entend, uniquement des hôpitaux d'enseignement dépendant de la faculté de médecine.

Le titre de chef de clinique est cumulable avec le titre d'interne.

Aucun autre titre n'est cumulable.

Le titre de médecin des hôpitaux militaires (nommé sur concours) est assimilé au titre d'assistant des hôpitaux publics.

BIOLOGISTES ET PHARMACIENS.

- Interne en pharmacie d'un hôpital de villes de faculté, 5 % du salaire de base ;
- Titulaire de 2 ou plus des certificats suivants :
  - hématologie,
  - sérologie,
  - parasitologie médicale,
  - biochimie médicale,
  - bactériologie,

  10 % du salaire de base.
- Biologiste qualifié (par décision de la commission nationale), 16 % du salaire de base.

2º) PRIME D'ANCIENNETE.

Dans la limite plafond de 50 % du salaire de base, la prime d'ancienneté est définie par la somme des pourcentages attribués en fonction des deux éléments suivants.

I L'ancienneté professionnelle.

Il est attribué au titre d'ancienneté professionnelle 1 % du salaire de base par année d'activité médicale (avec justification de cette activité) depuis la réussite à l'examen de fin de cinquième année jusqu'à la date d'entrée en fonction dans un Centre Médical de l'Union Départementale Mutualiste des Travailleurs des Bouches du Rhône. Le pourcentage ainsi obtenu est fixe et définitif.

Pour les praticiens titulaires du diplôme de Pharmacien et de Docteur en Médecine, l'ancienneté dans la profession est comptée depuis la date de l'obtention du diplôme de Pharmacien ou de la fin de la cinquième année de médecine, selon le calcul le plus favorable à l'intéressé.

II L'ancienneté dans l'Etablissement.

Elle est attribuée sur la base des échelons suivants (point de départ = la date d'entrée en fonction en tant que Médecin salarié dans un Centre Médical de l'U.D.M.T. .).

Au bout de 1 an de fonction, 1 % du salaire de base, etc...

(Cf; art. 8. p. 914)

3º) AFFILIATION AU REGIME RETRAITE, DECES, PREVOYANCE (maladie, longue durée).

I Retraite.

La ventilation de ces différents risques est la suivante :

| TRANCHE "A" | | TRANCHE "B" | | TRANCHE "C" |
|---|---|---|---|---|
| Employeur | Salarié | Employeur | Salarié | Salarié |
| 4,10 % | 4,10 % | 8,13 % | 4,07 % | 6 % |

L'affiliation à la retraite intervient rétroactivement à la titularisation et prend effet au premier jour d'entrée dans l'Etablissement.

En cas de départ de l'Etablissement avant cette date, l'affiliation n'intervient pas et les cotisations prélevées sont remboursées.

II Décès, longue maladie, invalidité.

- Cotisation employeur = 1 % du salaire total.
- Cotisation salarié = 2,10% du salaire total.

L'affiliation à ces risques ne prend effet qu'à dater du jour de la titularisation.

Marseille, le .....

SALAIRES DE BASE EN 1971.

Médecin débutant (salaire brut).
Généraliste (2ans après 5 ème année de validée : 5 757 F
Spécialiste ( 5 ans après 5 ème année de validée : 5 903 F
Ancien assistant des hôpitaux (10 ans après 5 ème année de validée : 6 782 F.

La lecture de ce contrat de travail permet de mesurer la distance qui sépare la pratique de la théorie.

1º) Des différences de rémunération importantes, dues à l'ancienneté et aux titres universitaires, créent une hiérarchie des salaires. Or, théoriquement, il s'agit de payer les médecins de l'équipe indépendamment du nombre et de la nature des actes qu'ils pratiquent, et à la fonction : rien de plus, rien de moins. (Théorie par ailleurs explicitement exprimée et défendue par certains médecins de la Feuilleraie.)

2º) Les désavantages relatifs du statut de stagiaire, principalement :

- minoration de salaire de 5 % ;
- pas de participation au conseil médical ;
- possibilité de résiliation du contrat sans préavis ni indemnité, font du médecin nouvellement recruté un "mini-médecin", presque un étudiant par rapport aux médecins plus anciens. Là encore, il y a un processus de hiérarchisation.

3º) La titularisation, effectuée par le conseil d'administration de l'union, nécessite l'agrément du conseil médical de l'union, du médecin chef du centre, du conseil médical du centre et du médecin chef de l'union.

SUR QUEL CRITERE ?

C'est la porte ouverte à un recrutement sur des critères autres que la compétence professionnelle, par exemple les opinions de l'intéressé. C'est donc la possibilité, d'une part du procès d'intention, d'autre part de transformer l'équipe médicale en une chapelle confessionnelle.

# C O N C L U S I O N

Le titre de cette thèse est une question : "Les contradictions de la médecine libérale sont-elles insurmontables ? Vers un mode nouveau d'exercice médical ?"

Quelles sont les réponses fournies par cette étude ?

Sur le plan critique, ce travail analyse le pourquoi et le comment de certaines contradictions et aberrations qui caractérisent les structures médicales actuelles, et constate dans quelle impasse se trouvent ces structures et plus particulièrement l'omnipraticien. Certaines des causes qui rendent impossible une mutation de cette structure médicale libérale, sur le plan technique et rationnel, sont dégagées : concurrence, profit, hiérarchie, ... etc...

Critiquer est toujours facile, diront certains. C'est pourquoi cette thèse propose des solutions sous la forme de structures nouvelles, d'un fonctionnement sociologique différent. Ces propositions sont-elles recevables ?

On n'a pas tenté d'escamoter les difficultés de tout ordre qui balisent la route des tentatives d' établissement de médecine d'équipe, au contraire. Les plus grandes difficultés ne sont pas dues aux implications techniques ( sur lesquelles on ne reviendra donc pas ), mais aux hommes.

Sur le plan juridique, on a bien vu à quelle démarche on est astreint, en marge des principes traditionnellement défendus par le Conseil de l'Ordre des Médecins et du code de déontologie, à la limite des prescriptions du code de la santé publique. Cette théorie juridique de la société médicale est-elle une possibilité pratique réellement envisageable ou une vue de l'esprit ? L'absence de jurisprudence ne permet en aucun cas de trancher avec certitude. Simplement, on peut constater que les débuts de la "Feuilleraie" constituent un précédent non négligeable de partage d'honoraires entre généralistes et spécialistes.

Sur le plan éthique, le mythe médical peut-il s'effondrer ? Ce phénomène est-il inéluctable ? souhaitable ? Les réticences et obstacles à la suppression de ce mythe qui, déjà se manifestent et celles qui, par ailleurs, sont prévisibles, inciteraient plutôt à la prudence : ne pas brusquer les choses, ne pas hater le mouvement.

Par contre, un courant d'opinion visant à démystifier l'exercice médical se fait jour : par exemple dans le rôle de plus en plus important accordé à la technicité ou dans le fait que les malades recherchent apparemment de plus en plus la connaissance du médecin et de moins en moins sa conscience. Et il ne faudrait pas que les médecins persistent à croire au mythe médical malgré le démenti des faits, sous peine de voir leur pratique évoluer au sein d'une dynamique de plus en plus aliénante. Par ailleurs, le renoncement à la structure libérale nécessite l'abandon de la défense de ce mythe par les praticiens.

C'est d'ailleurs aux omnipraticiens qu'il faut s'adresser maintenant, parce qu'ils sont certainement les premiers concernés par une nécessaire mutation de leur structure professionnelle. Un choix doit leur être soumis, bien que l'une des alternatives soit méthodiquement et consciencieusement éludée par l'ensemble des responsables de la santé publique :

1º) Continuer dans la voie du libéralisme individualiste et concurrentiel avec la certitude :
   - de devenir une structure de plus en plus médiocre par rapport aux autres structures médicales ;
   - de mener une vie professionnelle trop astreignante pour être compatible avec une vie personnelle et familiale équilibrée ;
   - de conserver un bon niveau de rémunération...
   ....mais pour combien de temps encore ?

2º) Opter pour un nouveau mode d'exercice médical, avec la certitude :
   - d'avoir des garanties sociales et de confort ;
   - de demeurer une catégorie professionnelle bien rémunérée ;
   - de rehausser la qualité de l'exercice professionnel....
   ....et ainsi de se donner un argument de poids pour éviter la nationalisation de la médecine.

Que personne ne se leurre. Il n'est pas question de conserver l'indépendance professionnelle du médecin, totalitaire et au pouvoir absolu, telle qu'elle peut se concevoir dans les structures actuelles. Par contre, en acceptant une gestion mixte avec les usagers, c'est à dire en répondant d'une responsabilité accrue devant ses malades, il s'agit, pour le médecin

de préserver l'indépendance de la profession face au pouvoir d'état.

La médecine d'équipe ne pourra en effet se développer qu'avec la participation volontaire des omnipraticiens, assurément pas sans eux ni contre eux. A cet égard, leur rôle est déterminant.

Enfin, on ne peut que s'interroger sur l'avenir de la médecine d'équipe. D'une part, le déficit des maisons médicales, trop fréquent bien qu'inconstant, amène régulièrement à envisager leur fermeture. D'autre part, l'orientation sanitaire choisie par les pouvoirs publics s'oppose au développement de ces expériences :

- refus de promulguer un statut spécialement adapté à l'exercice médical en équipe ;
- hostilité du Conseil de l'Ordre ;
- convention nationale ;
- inscription, enfin, dans les grandes options du VI ème plan, de limitation du tiers payant.

En effet, malgré l'intérêt que peuvent susciter quelques expériences et la preuve qu'elles apportent de la possibilité de réalisations pratiques, ce sont les bonnes volontés qui manquent le plus pour développer la médecine d'équipe. Les suggestions que l'on a effectuées dans cette étude sont probablement recevables sur le plan technique et financier. Malheureusement, sur le plan humain, leur recevabilité est tributaire de la réceptivité non seulement des médecins, mais aussi des institutions et de l'opinion publique. On a dit que la mutation des structures médicales est un phénomène inéluctable. Reste à savoir combien de temps il lui faudra pour se réaliser : soit beaucoup d'années si elle s'effectue d'une manière inéluctable, c'est à dire par la force des choses, et ce sera une attitude passive ; soit plus rapidement si le corps médical, les pouvoirs publics et les usagers se décident à aborder ces problèmes de front. C'est dans la dynamique de cette deuxième hypothèse que l'on a voulu intégrer cette étude, dont on souhaite qu'elle apporte une contribution à un renouveau de l'exercice médical.

La généralisation de la médecine d'équipe, outre les avantages que l'on a envisagés précédemment, permettrait d'aborder sous un angle

nouveau deux mutations ultérieures, mais capitales :

- les secteurs de santé ;
- la gratuité des soins.

Dans le cadre de la défense du droit à la santé, ne serait-ce pas aller de l'avant ?

BIBLIOGRAPHIE.

1/ ACTES ADMINISTRATIFS nº 18 bis du 8/5/69.
Département de la Gironde.
Bulletin d'information des maires.
"Liste des médecins de la Gironde."

2/ ACTES ADMINISTRATIFS DE 1949.
Département de la Gironde.
Bulletin d'information des maires.
"Liste des médecins de la Gironde."

3/ AUBY, SAVATIER, PEQUIGNIOT : "Traité de droit médical."
Flammarion 1956.

4/ BALINT MICHAEL : "Le médecin, son malade et la maladie."
Petite bibliothèque Payot. 1966

5/ BOSQUET MICHEL : "Les démons de l'expansion."
Numéro hors série du Nouvel Observateur de Juin-Juillet 1972.
Spécial écologie : "La dernière chance de la terre."

6/ LE CENTRE DE SANTE : supplément au numéro de Janvier 1963.
Deuxième congrès national des médecins de dispensaires et de centres de santé ( Paris les 28, 29, 30 Juin 1962 ) : "La médecine d'équipe dans le cadre des centres de santé."

8/ LE CENTRE DE SANTE : supplément au numéro d'Avril 1964.
Troisième congrès national des médecins de centres de santé ( Paris les 19, 20, 21 Septembre 1963 ) : "Evolution des centres de santé et organisation sociale de la médecine."

9/ LE CENTRE DE SANTE : supplément au numéro de Janvier 1965.
Quatrième congrès national des médecins de centres de santé ( Paris les 8, 9, 10 Octobre 1964 ) : "Médecins, malades et collectivités."

10/ LE CENTRE DE SANTE : supplément au numéro de Mars 1966.
Cinquième congrès national des médecins de centres de santé ( Paris les 16, 17, 18 Septembre 1965 ) : "Planification, prix de la santé, coût de la médecine. L'indépendance professionnelle du médecin salarié."

11/ LE CENTRE DE SANTE : supplément au numéro de Juin-Juillet 1967.
Sixième congrès national des médecins de centres de santé (Paris les 6, 7, 8, 9 Octobre 1966 ) : "Pour une conception moderne du droit à la santé. Mutation des structures médico-sanitaires et responsabilité du médecin."

12/ LE CENTRE DE SANTE : supplément au numéro d'Avril 1968.
Septième congrès national des médecins de centres de santé ( Paris les 5, 6, 7, 8 Octobre 1967 ) : "Centres de santé et médecine moderne."

29/ MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE : collection complète du nº 9 du 2 ème trimestre 1972 au nº 16 du 2 ème trimestre 1973.

30/ POLACK JEAN-CLAUDE : "La médecine du capital."
Cahiers libres 222-223. Maspéro François éditeur. Paris 1971.

31/ PROLONVI : INSTITUT EUROPEEN DE RECHERCHE POUR LA PROLONGATION DE LA VIE HUMAINE : "Questionnaire préviscope."

32/ RAULIN GEORGES de : "La grande malade. Redressement nécessaire."
Journal de la marine le yacht. Nº 2888 du 30 Juillet 1938.

33/ SERY PATRICK : "Médecine : les croisés de l'ordre moral."
Le Nouvel Observateur nº 444 du 14/5/73.

34/ SERY PATRICK : "Des milliards sur ordonnance."
Le Nouvel Observateur nº 438 du 2/4/73.

35/ TEXTES OFFICIELS DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE : "Circulaire nº 431 du 14/3/72 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies."

36/ TEXTES OFFICIELS DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE : "Circulaire nº 443 du 16/3/72 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents."

37/ LA VIE MEDICALE ACTUALITE : "Médecine et traitement moderne de l'information." (Nº 71 de Mars 1966 ).

38/ LA VIE MEDICALE ACTUALITE : "Nouveau visage de l'information".
( Nº 88 de Janvier 1967).

39/ LA VIE MEDICALE ACTUALITE : " A l'avant garde de l'analyse biologique : le laboratoire du Dr Guigan."
( Nº 102 de Septembre 1967 ).

40/ VINCENT ARMAND : "Médecine de groupe au service de l'homme."
Les éditions ouvrières. Paris. 1964.

41/ WEISS ROBERT : "La Feuilleraie : bilan de dix années. Vers une nouvelle éthique médicale."
Tiré à part de la nouvelle critique nº 181 de Décembre-Janvier 1966.

42/ WEISS ROBERT : "Défense et illustration du salariat médical."
Tiré à part de la nouvelle critique nº 143.

43/ WEISS ROBERT : "Un exemple de médecine collective : La Feuilleraie."
Tiré à part de la nouvelle critique Nº 126.